



MUST reviews

Volume 19

October 2025

MUST Reviews - ISSN 2644-2450 - Library of Congress, Washington, DC

HEALTHCARE MANAGEMENT

#19

MUST University | Florida - USA

Academic Production Journal | This magazine contributes to the SDGs





MUST University

MUST REVIEWS - Frequency Semiannual - October 2025

MUST University

Antonio Carbonari Netto - Founder
Giulianna Carbonari Meneghello - President
Maria Elisa Ehrhardt Carbonari - Vice President
Renato de Sousa Neto - Chairman of the Board
Fabian Fernandez - VP of Accreditation and Institutional Alliances
Glorivette Perez - Vice President of Academic Affairs
Alexandra Silveira Mastella - Academic Director
Jose Guilherme Medina - Administration Director
Gerardo Javariz - Director of Institutional Effectiveness
Renato Dutra - Information Technology Director
Xaimar Fernandez - Human Resources Director
Jeanette Spinal - Student Services Dean

MUST Reviews

Regina Clare Monteiro – Editor
Deborah Christina Lopes Costa – Support Editor

Scientific Board

Alexandra Silveira Mastella, Ph.D.
Maria Elisa Ehrhardt Carbonari, Ph.D.
Regina Clare Monteiro, Ph.D.
Thais Costa de Sousa, Ph.D.
Carlos Afonso Gonçalves da Silva, Ph.D.

Editorial Committee EDU

Andressa Julyany Pasqualini Prado
Caio José Batista da Silva
Carolina de Oliveira Splendore
Thais Sousa

Graphic Design Project

Gabriel Araujo Moreira

Layout

Marcelo Porta Capellari

Textual Revision

MUST University

International Cataloging Data in Publication

This ebook provides immediate free access to its content, following the principle that providing free scientific knowledge to the public provides greater global democratization of knowledge

LIBRARY OF CONGRESS U.S. ISSN CENTER - ISSN 2644-2450

MUST University®: licensed by Florida Commission for Independent Education, License no 5593.

MUST EDITORIAL



Believing in a borderless education, MUST University dedicated itself to inspiring, preparing, and empowering students to succeed in an ever-changing world.

The University, its pedagogical team, and its students are connected, working collaboratively to the training and enhancement of a graduate aware of his role and able to solve problems through practical learning, research, and studies to the application of knowledge.

The academic journal MUST REVIEWS, a quarterly publication, aims to stimulate research, dissemination, and generation of knowledge, providing a space for publishing academic papers for MUST University students and enabling better interaction and socialization among the international academic community.

MUST University aims to foster the production of research activities and academic practices by students as a result of the research presented as a Master's degree dissertation and academic articles.

This collection of articles intends to disseminate academic-scientific papers and contribute to the advancement of meaningful debates about scientific-theoretical and practical activities, promoting reflections on changes in professional practices.

Enjoy your reading!

Profa Maria Elisa Ehrhardt Carbonari EdD
Founder of MUST University

MUST

MESSAGE FROM THE PRESIDENT



Welcome to MUST University

MUST University is a continuation of a dream of transforming lives while shaping a new educational approach toward education.

MUST University is committed to offer affordable distance and face-to-face education with technological resources and content relevant to both local and global market needs.

The university offers a student-centered environment that promotes diversity while preparing future graduates to succeed professionally and personally.

Our goal is to continue the legacy of providing our students with opportunities to impact their lives through the pursuit of quality and accessible education. We are committed to welcoming our students to a learning environment that supports diversity and prepares them for the global market demands. We also value the relationships and the support that we offer our students during their academic journey.

Our commitment to student success and achievement of their professional and personal goals was, is, and will continue to be steadfast.

MUST University embraces the uniqueness of each of our learners and feels honored to be part of their academic preparation.

Enjoy the reading!

Giulianna Carbonari Meneghello
President of MUST University

- 07** **A importância da comunicação não violenta na área da saúde**
Ana Patrícia de Souza Lobo Pereira da Silva e Angela Maria Moed Lopes
- 19** **O uso da inteligência artificial e do big data na gestão hospitalar e saúde pública: desafios e oportunidades**
André Luiz Scariot e Angela Maria Moed Lopes
- 31** **Saúde integral e envelhecimento ativo: o poder transformador de grupos comunitários e políticas públicas em contextos de vulnerabilidade**
Christine Schlobach Gomes e Fernanda Cristina Guassu Almeida
- 44** **Exame periódico odontológico como estratégia de promoção da saúde bucal: implantação na universidade federal do Amazonas**
Rosemary Rocha Osbornen e Angela Maria Moed Lopes
- 57** **Produção acadêmica sobre gestão da EBSERH: uma análise quantitativa e qualitativa**
Sandro Morete de Queiroz e Angela Maria Moed Lopes
- 71** **Estudo e avaliação dos casos da covid-19 no município de Marilândia, Espírito Santo (entre 2020 e 2022)**
Marília Bravin e Angela Maria Moed Lopes
- 84** **Perfil epidemiológico do câncer no Brasil: Prevalência e ações de prevenção e controle**
Mariana Francisco Dias e Angela Maria Moed Lopes

- 97** **A prática de exercícios físicos para a prevenção de doenças e qualidade de vida da pessoa idosa: prevenção e promoção em saúde**
Luziana Filgueira de Aquino Oliveira e Fernanda Cristina Guassu Almeida
- 111** **Possíveis impactos da migração para os Estados Unidos na saúde mental dos imigrantes**
Sandra Moraes de Almeida e Angela Maria Moed Lopes
- 125** **A reestruturação da rede cegonha e a criação da rede Alyne no Sistema Único de Saúde**
Lilia da Silva Melo e Miriane de Almeida Fernandes
- 139** **Estratégias multiprofissionais para promoção do envelhecimento ativo e prevenção de quedas na população idosa.**
Ridágna Zulmira de Almeida e Angela Maria Moed Lopes
- 153** **A parceria da comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA) com a gestão da empresa na saúde e segurança do trabalhador**
Audrey Delgado Held Vasconcelos de Medeiros e Angela Maria Moed Lopes
- 165** **Atenção primária e o enfrentamento da hipertensão arterial em áreas remotas da Amazônia: limitações, desafios práticos e caminhos possíveis**
Thiago Rabello Santos e Miriane de Almeida Fernandes
- 179** **Políticas públicas e gestão em saúde bucal: impactos, desafios e resultados no Brasil**
Ricardo Lisboa Cayres e Angela Maria Moed Lopes



A importância da comunicação não violenta na área da saúde

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.) (Este artigo também impacta a ODS 16. Paz, Justiça e Instituições Eficazes. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.)

Ana Patrícia de Souza Lobo Pereira da Silva¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

Este trabalho aborda a importância da Comunicação Não Violenta (CNV) na saúde, especialmente na gestão, diante do impacto das interações humanas em ambientes marcados por tensão e ansiedade. Objetivou-se analisar como a CNV pode contribuir para a humanização do cuidado e fortalecimento das relações profissionais com pacientes. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica narrativa, baseada em artigos, livros e documentos oficiais recentes. Os resultados evidenciam que a CNV reduz conflitos, favorece empatia, respeito e vínculos terapêuticos, além de qualificar o termo de consentimento informado, garantindo clareza e prevenindo disputas legais. Conclui-se que a CNV é estratégica para a melhoria da qualidade assistencial, da comunicação e da segurança no cuidado em saúde.

Palavras-chave

Comunicação Não Violenta. Profissionais da Saúde. Bem-estar.

ABSTRACT

This study highlights the significance of Nonviolent Communication (NVC) in healthcare, particularly in management, given the influence of human interactions in environments characterized by tension and anxiety. The objective was to analyze how NVC contributes to humanizing care and strengthening professional-patient relationships. This is a narrative bibliographic research, based on recent articles, books, and official documents. The findings demonstrate that NVC reduces conflicts, fosters empathy and respect, and promotes therapeutic bonds, ultimately improving the informed consent process by ensuring clarity and preventing legal disputes. It is concluded that NVC is a strategic tool for improving care quality, communication, and safety in healthcare services.

Key words

Non-Violent Communication. Health Professionals. Well-being.

1. Mestre em Healthcare Management pela MUST University. Graduada em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Especialista em Processo Penal (ATAME) e em Direito Médico (Instituto Paulista de Direito Médico). Atualmente advogada na área de Direito Médico e da Saúde e Conselheira de saúde do Distrito Federal. E-mail: anapatricialobo@gmail.com

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento, atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

No contexto da gestão de pessoas, apenas o conhecimento técnico e a capacidade operacional não são suficientes para garantir relações eficazes. A liderança exige mais: requer escuta ativa, empatia, compreensão dos perfis comportamentais e sensibilidade nas interações. Sem esses elementos, torna-se inviável estabelecer uma comunicação assertiva e, sobretudo, não violenta com a equipe (Macedo, 2015).

Nesse sentido, é fundamental reconhecer os impactos da comunicação violenta, caracterizada por agressividade, egocentrismo e despreparo. Esse tipo de abordagem compromete o ambiente de trabalho, gerando insatisfação, sentimentos de inadequação, rejeição e até humilhação entre os envolvidos (Cury, 2017).

Em contrapartida, a Comunicação Não Violenta (CNV) surge como uma estratégia transformadora, ao incentivar a escuta empática, a reflexão e o cuidado genuíno com o outro. Sua prática contribui significativamente para a construção de relações mais saudáveis, colaborativas e respeitadas no ambiente organizacional (Toledo, Arenhart & Andrade, 2023).

Para Nathalia Gameiro, da Fiocruz, no ambiente laboral onde estão presentes a agressividade, o excesso de autoridade e, como consequência dessa agressividade, a punição, escondem-se as mais severas atitudes errôneas, que desencorajam a sinceridade e, consequentemente, impactam negativamente a interação social, o senso de cooperação, a solidariedade e promovem uma competitividade exacerbada. Consequentemente, o trabalhador se isola para se proteger ou se torna agressivo para se defender. O referido estudo demonstra que essas atitudes corroboram o crescimento dos patamares de estresse e ansiedade, favorecendo o aparecimento de outras doenças emocionais (Gameiro, 2020).

Desse modo, a pesquisa em comento teve por escopo analisar a relevância da Comunicação Não Violenta (CNV) na gestão de saúde, destacando sua importância como ferramenta para promover harmonia nas relações profissionais. Este estudo é crucial para investigar se mudanças na comunicação podem transformar interações técnicas em abordagens mais humanizadas. Ao mitigar falhas de comunicação, é possível melhorar a segurança do paciente e promover o bem-estar das equipes de saúde, criando um ambiente mais colaborativo e eficaz no atendimento. A Comunicação Não Violenta (CNV) promove a cultura de paz, frequentemente desacreditada atualmente, incentivando empatia e compreensão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e caráter exploratório. A pesquisa foi fundamentada em fontes bibliográficas, como artigos científicos, livros acadêmicos e documentos disponíveis em bases como SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Utilizaram-se os descritores: Comunicação Não Violenta, Profissionais de Saúde, Bem-estar e Médico-Paciente.

Foram adotados critérios de inclusão que priorizaram publicações relacionadas à aplicação da Comunicação Não Violenta em contextos de saúde, com ênfase na relevância temática e atualidade das fontes. Devido à escassez de estudos específicos na área da saúde, ampliaram-se as buscas para incluir perspectivas interdisciplinares, como gestão de pessoas e psicologia.

O levantamento e a análise do material ocorreram ao longo de três meses, sendo considerados também os conhecimentos empíricos da autora adquiridos em mais de duas décadas de atuação na área jurídica. O estudo buscou compreender como a Comunicação Não Violenta pode contribuir para qualificar as relações interpessoais e a gestão no ambiente hospitalar.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Comunicação não violenta

A Comunicação Não Violenta (CNV) é uma abordagem desenvolvida por Marshall Rosenberg, que visa promover a empatia e a compreensão nas interações humanas. Baseia-se na premissa de que a comunicação eficaz pode ajudar a resolver conflitos e melhorar relacionamentos, tanto pessoais quanto profissionais. Conforme os ensinamentos de Rosenberg, a CNV possui quatro passos de aplicação. Sendo que o primeiro deles indica a necessidade de se ater aos fatos dos casos, despojado de avaliação prévia, isto é, pré-conceito (Rosenberg, 2021).

A Comunicação Não Violenta (CNV) não se preocupa em determinar quem está certo ou errado, pois seu foco é descobrir as intenções (necessidades, sentimentos e pedidos) por trás das palavras e ações, promovendo uma conexão mais significativa entre as pessoas, além de suas opiniões (Rosenberg, 2021).

Por conseguinte, tem-se que o próximo passo é fomentar a identificação e a maneira com que as pessoas exprimem seus mais diversos sentimentos, bem como diferenciá-los. A diferenciação dos

sentimentos é crucial, pois permite que as pessoas compreendam melhor suas reações e necessidades, favorecendo relacionamentos mais saudáveis e empáticos. Já o terceiro passo presume a identificação dessas necessidades latentes, isto é, quais anseios foram supridos, quais não foram e o que precisa ser feito para satisfazer esses anseios viabilizando a identificação dos sentimentos (Rosenberg, 2021).

A prática da Comunicação Não Violenta (CNV) fundamenta-se na consciência de que os sentimentos são reflexos das nossas necessidades. Quando essas necessidades são atendidas, experimentamos sentimentos prazerosos; por outro lado, quando não são atendidas, surgem sentimentos desagradáveis. Essa conexão entre necessidades e sentimentos é essencial para promover uma comunicação mais empática e eficaz (Silva, 2020).

Como último passo, tem-se como sugestão externalizar os anseios, ou seja, o que cada indivíduo gostaria que fosse feito no que tange a seus anseios que não estão sendo levados em consideração da forma que ele gostaria (Rosenberg, 2021). Ao formular o pedido, é importante que a linguagem seja clara, positiva e demonstre o que de fato queremos. Quando expressamos o que não queremos, as pessoas costumam ficar confusas e provavelmente apresentam uma certa resistência à mensagem (Rosenberg, 2021).

A Comunicação Não Violenta (CNV) surgiu como uma metodologia eficaz para resolver conflitos entre pessoas, proporcionando uma alternativa positiva e construtiva para enfrentar divergências e desacordos (Belem & Costa, 2024). A Comunicação Não Violenta (CNV) utiliza a escuta ativa para ajudar as pessoas a se expressarem de forma mais eficaz e a ouvirem o outro com atenção. Ouvir atentamente vai além da simples audição; envolve compreender de maneira cuidadosa o que a outra pessoa está dizendo (Soalheiro, 2024).

A aplicação da Comunicação Não Violenta (CNV) em situações de conflito ajuda a substituir reações defensivas por uma abordagem mais empática, diminuindo a agressividade. A CNV faz com que as pessoas parem de dar respostas automáticas e se observem, de forma consciente, a si mesmas, aos outros e o contexto, utilizando técnicas como a escuta ativa (Soalheiro, 2024).

3.2 Comunicação não violenta no contexto da saúde

A comunicação em saúde é um processo complexo que envolve diversos atores e elementos, incluindo profissionais de várias categorias, gestores, pacientes, acompanhantes, professores, preceptores, alunos de graduação e residentes (Silva, 2023). A comunicação permeia todos os momentos no ambiente hospitalar, desde a anamnese até o diagnóstico, e interfere em todas as ações executadas. Se houver alguma falha nesse momento, provavelmente ocorrerão lacunas para

diagnósticos ou orientações mal interpretadas (Soares et al., 2018). A grande quantidade de pacientes somada à multiplicidade de profissionais e diversos procedimentos e tecnologias a serem realizados exige uma troca de informações cada vez mais precisa, clara, sem a possibilidade de dúvidas sobre as ações subsequentes (Telles et al., 2019).

Diante desse cenário de complexidade comunicacional, torna-se necessário adotar estratégias que promovam uma comunicação mais empática e eficaz. Sendo assim, a CNV surgiu como uma forma inovadora, justa e munida de leveza e empatia, tendo como princípio o fato de que muitas vezes as relações conflituosas podem ser evitadas, eliminadas e transcendidas. A proposta da CNV é corroborar recursos que advogam pela mediação e conciliação de conflitos, rechaçando a violência em suas mais diversas formas (Adriani et al., 2023).

Nesse sentido, a CNV mostra-se como um recurso fundamental para a promoção de ambientes laborais mais saudáveis e colaborativos. A construção de um ambiente laboral harmônico exige ações estruturadas que promovam sintonia entre os membros da organização, sendo a comunicação uma ferramenta essencial para relações saudáveis e prestação de serviços de qualidade (Carús et al., 2021). A CNV contribui para esse processo ao fortalecer a confiança, o respeito às individualidades e o entendimento mútuo por meio da escuta ativa e da empatia (Rosenberg, 2021).

Além de fortalecer as relações interpessoais, a comunicação também influencia diretamente os modelos de gestão adotados pelas instituições de saúde. A maneira como a comunicação ocorre dentro de uma organização está intimamente ligada ao estilo de gestão que a orienta. Essa diferença na forma de se comunicar com os colaboradores pode impactar a cultura e o clima organizacional, além de influenciar a satisfação dos funcionários. Certamente o tema é muito mais complexo do que apenas realizar tarefas técnicas rotineiras. Os gestores enfrentam desafios diários que, embora muitas vezes não sejam percebidos, demandam atenção e esforço para serem resolvidos. Entre esses desafios estão o descontentamento dos colaboradores com suas funções, questões de saúde mental, a assistência inadequada aos usuários e a limitação dos serviços de saúde disponíveis (Castro, Vilar & Liberalino, 2014).

Para lidar com esses desafios, torna-se indispensável adotar práticas de gestão que valorizem o ser humano e suas relações no ambiente de trabalho. Para uma gestão humanizada, são imprescindíveis elementos oriundos do conhecimento sobre administração e psicologia comportamental. Seus alicerces estão nas relações interpessoais, atitudes da liderança, formação de equipes, comprometimento e conduta dos envolvidos nos processos internos e externos das organizações (Lorenzetti et al., 2014).

Com base nessa perspectiva, é possível promover uma gestão voltada para a escuta, o respeito

mútuo e a valorização das diferenças individuais. Assim, a gestão humanizada tem como objetivo maior promover a humanização por meio de ações de gestores que, com autoconhecimento, reflitam sobre o outro e promovam uma comunicação livre de intolerância. Para tanto, é necessário romper com velhos conceitos limitantes, a fim de transformar os modelos de administração existentes com empatia (Lorenzetti et al., 2014).

Complementando essa abordagem, é fundamental reconhecer que conflitos fazem parte do cotidiano organizacional e devem ser enfrentados com maturidade e empatia. Derradeiramente, tem-se que o embate de opiniões e pontos de vista dentro do sistema de saúde é algo absolutamente normal, comum e até compreensível. Assim, cabe a cada gestor a capacidade de escuta ativa, compreensão de novas perspectivas e ideias, enfrentamento de conflitos de modo assertivo, seguro e comprometido com a resolução da demanda, bem como a criação de possibilidades de trabalho adequadas às especificidades de cada pessoa e, quiçá, da maioria, considerando que cada indivíduo tem suas qualidades mais latentes e seus defeitos, e, portanto, o ideal seria que cada um pudesse ser alocado em funções onde suas maiores habilidades fossem melhor aproveitadas (Ministério da Saúde, 2004).

3.2.1. Importância da comunicação não violenta na relação médico e paciente

A boa comunicação se torna imprescindível na relação médico-paciente. Essa relação é uma das mais delicadas, pois, quando o médico é procurado, o paciente está fragilizado, temeroso com sintomas e com uma expectativa interna de cura ou minimização das dores que está sentindo (Souza et al., 2020). É crucial entender que, antes de ser um doente, o paciente é um ser humano com sua própria individualidade. Essa compreensão ressalta a importância de um atendimento que considere suas experiências, emoções e necessidades únicas (Silva, 2023).

A interação eficaz entre o médico e o paciente é crucial para assegurar um atendimento de excelência. Essa comunicação aprimorada contribui para que o paciente siga o plano terapêutico, favorecendo sua recuperação e respeitando os princípios da não maleficência e da autonomia. Além disso, facilita a obtenção de informações relevantes, que ajudam a guiar a consulta em direção a diagnósticos mais precisos e tratamentos que atendam às necessidades do paciente (Defante et al., 2024).

Para reduzir o impacto emocional e aumentar a satisfação do paciente, é essencial que o médico seja acessível, pratique a escuta ativa e forneça informações completas e claras (Tarkieltaub & Silva Pinto, 2018). Quando um paciente é internado, sua vida e seu corpo ficam sob a supervisão da equipe de saúde, o que frequentemente reduz o espaço para a expressão de sua subjetividade, com

a intenção de não interferir no tratamento proposto (Pinheiro & Bomfim, 2009).

Reconhecer a contribuição do paciente pode ser extremamente valioso para seu processo de recuperação. Negar essa dimensão subjetiva significa desconsiderar a totalidade do ser humano, perpetuando a divisão entre corpo e mente. Compreender o contexto sociocultural em que a pessoa está inserida é essencial para entender suas emoções e sensações. Portanto, não basta aliviar o sofrimento apenas com analgésicos; é necessário acolher a dor do paciente em sua totalidade e de maneira única (Pinheiro & Bomfim, 2009).

A maneira como cada pessoa lida com a dor é impactada por sua experiência de vida, história e condição de saúde. Para um controle mais eficaz da dor, é fundamental uma escuta atenta e individualizada, considerando fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e religiosos (Pinheiro & Bomfim, 2009).

A Comunicação Não Violenta (CNV) vai além de uma simples técnica; trata-se de uma filosofia capaz de transformar a dinâmica nos serviços de saúde. Ao enfatizar a empatia, a compreensão e a busca por soluções colaborativas, a CNV se torna uma ferramenta essencial para resolver conflitos e fortalecer as relações humanas, especialmente em um ambiente tão crítico. Portanto, a CNV permite que os pacientes se sintam valorizados e compreendidos, fortalecendo a confiança e a colaboração entre ambos. Dessa forma, sua prática não apenas melhora a comunicação, mas também contribui para um atendimento mais acolhedor e eficaz.

3.3 Entraves à implementação da CNV nos serviços de saúde

O modelo biomédico e autoritário, em que uma pessoa possui o conhecimento e a outra assume um papel passivo, gera dificuldades relacionadas às atitudes na interação. Isso se reflete em comportamentos como falar mais do que ouvir, desencorajar perguntas e mostrar desinteresse pela história de vida e emoções do paciente (Silva, 2023)

A implementação da comunicação eficaz em instituições de saúde enfrenta barreiras, principalmente a resistência dos profissionais de saúde em adotar novas abordagens, como a Comunicação Não Violenta (CNV). Essa resistência é intensificada por uma cultura que valoriza a hierarquia, dificultando o diálogo aberto e empático (Silva, 2023).

A sobrecarga de trabalho é um obstáculo significativo para os profissionais de saúde, especialmente os residentes, que lidam com longas jornadas e estresse. Essa pressão dificulta a aprendizagem e aplicação de novas técnicas de comunicação, levando à priorização de tarefas técnicas em detrimento do desenvolvimento das habilidades comunicativas, o que perpetua problemas de

comunicação no cuidado ao paciente (Silva, 2023).

A falta de políticas claras e de incentivos para a adoção de novas abordagens comunicativas pode desestimular os profissionais a investirem no aprimoramento de suas habilidades. Essa realidade mantém a situação atual, restringindo o potencial de transformação e inovação no ambiente hospitalar (Silva, 2023).

3.4 CNV como ferramenta de segurança jurídica e ética

A aplicação da CNV ajuda a construir um ambiente onde o diálogo é respeitoso, as expectativas são compreendidas de maneira clara e as orientações são transmitidas de forma acessível, o que contribui significativamente para a segurança do paciente. Diversos estudos e estatísticas mostram que erros médicos e equívocos em procedimentos são frequentemente atribuídos a falhas de comunicação (Bagnasco et al., 2013).

Da comunicação do médico e paciente resulta no Termo de Consentimento Livre Esclarecido, esse dever informacional está previsto em recomendação do CFM. O médico deve esclarecer todas as dúvidas sobre o tratamento para que o paciente tenha subsídios para uma escolha consciente e autônoma, para isso, deve fazer de forma clara, sem termo técnico para melhor entendimento (Pazinatto, 2019).

Nesse cerne, o papel da CNV no consentimento informado está aquém de um simples procedimento, na verdade, ultrapassa a assinatura de um termo, ou seja, depende da qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. Contudo, para que o consentimento seja válido e significativo, é necessário que o paciente compreenda as informações recebidas e se sinta seguro para tirar dúvidas e expressar preocupações (Manzini, Machado Filho, & Criado, 2020).

Nessa seara, cumpre-se citar que o próprio código de ética médica brasileiro menciona a comunicação diversas vezes, evidenciando sua importância para garantir que os cuidados sejam humanizados e respeitosos. A comunicação faz-se com um dos principais fatores para o cumprimento do dever ético dos profissionais de saúde, visto que determina a maneira como o paciente é informado sobre sua condição, opções de tratamento e prognóstico. Ela se mostra, nesse sentido, uma ferramenta que não apenas facilita a comunicação, mas também garante que ela esteja em conformidade com esses padrões éticos, promovendo um diálogo mais respeitoso e humanizado (Barros Júnior, 2019).

Os referidos pontos supracitados, isto é, tanto o consentimento informado quanto à conformidade com normas legais e éticas, são centrais para a proteção jurídica e a qualidade do atendimento hospitalar. Isso porque, com a observância dos métodos de comunicação empática, os

profissionais de saúde não só minimizam riscos, mas também constroem um ambiente de cuidado onde o respeito e a confiança mútua são pilares para a tomada de decisões e para a proteção dos direitos de todos os envolvidos.

Alude-se a que, no ordenamento jurídico brasileiro, decisões do Superior Tribunal de Justiça têm reiterado que a ausência de consentimento informado ou a falha na comunicação sobre os riscos do tratamento são frequentemente motivos de condenação por danos. Dessa forma, ao utilizá-la como estratégia para fortalecer o consentimento informado, os profissionais de saúde reduzem as chances de que um procedimento ou tratamento seja questionado legalmente por consentimento insuficiente (Superior Tribunal de Justiça, 2022).

Decisões recentes indicam que o Superior Tribunal de Justiça (STJ) tem determinado a responsabilização civil de médicos e hospitais quando falham no dever de informar especificamente sobre os riscos de procedimentos, um processo chamado de ‘consentimento informado’. Essa exigência é baseada na necessidade de respeitar o direito de autodeterminação do paciente, ou seja, o direito de tomar decisões informadas sobre seu próprio corpo. O STJ considera insuficiente o uso de ‘consentimento genérico’ ou ‘*blanket consente*’, que não especifica os riscos relevantes para o caso do paciente, caracterizando, assim, um descumprimento das obrigações de boa-fé e transparência por parte do médico (Superior Tribunal de Justiça, 2022; Vital, 2022).

Com base nos Estudos de Rosenberg foi criado um quadro comparativo da utilização da comunicação não violenta na relação médico-paciente que ilustra as diferenças entre a comunicação tradicional e a Comunicação Não Violenta na relação médico-paciente. A CNV enfatiza a importância de observar comportamentos sem julgamentos, identificar sentimentos e necessidades, e formular pedidos claros, promovendo um ambiente de diálogo aberto e respeitoso. O quadro comparativo foi elaborado para ilustrar a eficácia da Comunicação Não Violenta (CNV) na melhoria das relações interpessoais, especialmente entre profissionais de saúde e pacientes (Quadro 1).

Quadro I – Elementos da Comunicação Não Violenta.

ELEMENTOS	COM A CNV	SEM CNV
OBSERVAÇÃO	Notei que você tem dificuldade para se levantar da cama.	Você está sendo preguiçoso ao não tentar se levantar.

SENTIMENTOS	Sinto que isso pode estar afetando seu tratamento.	Fico frustrado com sua falta de compromisso.
NECESSIDADES	É fundamental para mim que você se sinta apoiado e entendido durante sua internação.	Você precisa parar de se preocupar tanto e confiar em mim.
PEDIDO	Você tem alguma dúvida antes de assinar esse termo de consentimento?	Você tem que assinar esse termo de consentimento.

Fonte: Elaborado pela Autora com base em Rosenberg (2021, n.p.).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse cerne, percebeu-se que se trata de uma ferramenta valiosa no que tange ao aprimoramento e à melhora das relações humanas, levando aos indivíduos a clareza sobre a importância da reflexão, do autoconhecimento e da escuta ativa. Isso é apenas uma forma de empatia que transforma o ambiente.

A Comunicação Não Violenta (CNV) é fundamental para promover um diálogo acolhedor entre pacientes e profissionais, facilitando a compreensão de informações e o consentimento informado. Ao garantir clareza e acolhimento no processo decisório, a CNV contribui para reduzir mal-entendidos e mitigar riscos jurídicos em ambientes hospitalares.

Embora a Comunicação Não Violenta (CNV) se apresente como uma alternativa promissora para melhorar as interações na saúde, sua implementação enfrenta diversos entraves. A cultura institucional que prioriza a hierarquia e a conformidade pode dificultar a adoção de práticas mais empáticas.

Além disso, a falta de treinamento específico em CNV resulta em resistência entre os profissionais, que podem não compreender plenamente seus benefícios. A pressão do ambiente de trabalho e a resistência à mudança também contribuem para a dificuldade em integrar essa abordagem. Portanto, apesar de seu potencial transformador, a CNV precisa superar essas barreiras para ser efetivamente implementada na área da saúde. Além de promover um cuidado centrado no paciente, a CNV fortalece a segurança jurídica dos profissionais e instituições, ao incentivar o diálogo claro e empático e reduzir disputas decorrentes de falhas comunicativas.

Em resumo, no contexto desta pesquisa, a Comunicação Não Violenta (CNV) é um recurso

vital, pois torna a compreensão das informações mais fácil ao priorizar clareza e uma linguagem simples, evitando jargões e confusões. Além disso, estimula o diálogo e acolhe as dúvidas, incentivando o profissional a ouvir atentamente o paciente e criando um ambiente onde ele se sente confortável para perguntar e expressar suas preocupações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adriani, P. A., Hino, P., Taminato, M., & Fernandes, H. (2023). Construção de tecnologia educacional sobre comunicação não violenta entre profissionais de saúde: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(Supl. 4), e20220414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0414>. Acesso em 30 de março de 2025.

Bagnasco, A., Tubino, B., Piccotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Di Pietro, P., Sasso, L., Gambino, L., & Passalacqua, D. (2013). Identifying and correcting communication failures among health professionals working in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 21(3), 168–172. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.07.005>. Acesso em 10 de março de 2025.

Barros Júnior, E. de A. (2019). Código de Ética Médica: Comentado e Interpretado. Timburi, SP: Editora Cia do eBook. Disponível em: <https://saude.ufpr.br/epmufpr/wp-content/uploads/sites/42/2019/05/CEM-2018-EDMILSON-PROTEGIDO.pdf>. Acesso em 15 de março de 2025.

Belem, V. P., & Costa, E. C. (2024). Comunicação não-violenta: uma alternativa positiva na resolução de conflitos interpessoais. *Interface Tecnológica*, 21(1), 435–446. Disponível em: <https://doi.org/10.31510/inf.v21i1.1918>. Acesso em 26 de março de 2025.

Carús, C. S., Vieira, A. G., Botton, L. T. J., Schubert, C., & Fagundes, M. A. B. G. (2021). Barreiras para comunicação eficaz em saúde. *Research, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(7), e10810716218. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16218>. Acesso em 30 de março de 2025.

Castro, J. L. de, Vilar, R. L. A. de, & Liberalino, F. N. (Orgs.). (2014). Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. EDUFRRN. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/27877>. Acesso em 21 de março de 2025.

Cury, A. (2017). Gestão da emoção (2. ed.). Curitiba: Benvirá.

Defante, M. L. R., Monteiro, S. O. N., Silva, C. O., Santos, L. R., & Leonardo, R. S. (2024). Os impactos da comunicação inadequada na relação médico-paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 48(1), e007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.1-2023-0146>. Acesso em 10 de março de 2025.

Gameiro, N. (2020). Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia – Fiocruz Brasília. Fiocruz.br. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.br/fiocruz.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>. Acesso em 25 de março de 2025.

Lorenzetti, J., Lanzoni, G. M. M., Assuiti, L. F. C., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014). Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2), 417–425. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>. Acesso em 19 de março de 2025.

Macedo, I. I. de (2015). *Gestão de Pessoas* (Ed. 1). Editora FGV.

Manzini, M. C., Machado Filho, C. D. S., & Criado, P. R. (2020). Termo de consentimento informado: impacto na decisão judicial. *Revista Bioética*, 28(3), 517–521. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283415>. Acesso em 10 de março de 2025.

Ministério da Saúde. (2004). *Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2004.pdf. Acesso em 04 de março de 2025.

Pazinatto, M. M. (2019). A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. *Revista Bioética*, 27(2), 234–243. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/KCpDXHw6LJNf4CgtBKLsBYJ/>. Acesso em 10 de março de 2025.

Pinheiro, G. R., & Bomfim, Z. A. C. (2009). Afetividade na relação paciente e ambiente hospitalar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9(1), 45–74. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482009000100003. Acesso em 15 de março de 2025.

Rosenberg, M. B. (2021). *Comunicação não violenta - Nova edição: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais* (M. Vilela, Trad.). Editora Ágora.

Silva, J. C. M. D. (2023). *Comunicação não violenta: desenvolvendo competências de comunicação em um hospital universitário*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFRN_61c5f99e672a346a813cd35fc6440057. Acesso em 20 de março de 2025.

Silva, L. (2020). *Introdução à comunicação não violenta e à mediação de conflitos em ouvidorias*. Governo do Estado de Pernambuco, CEFOSPE. Disponível em: https://www.egape.pe.gov.br/images/media/1665420393_Apostila%20Introduo%20a%20Comunica%20o%20no%20Violenta.pdf. Acesso em 15 de março de 2025.

Soalheiro, L. (2024). Mediação e comunicação não violenta: meios viáveis para a melhoria da relação médico-paciente. *Observatório De La Economía Latinoamericana*, 22(7), e5570-e5570. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/5570>. Acesso em 10 de março de 2025.

Soares, I. P., de Lima, E. M. M., dos Santos, A. C. M., & Ferreira, C. B. (2018). Como eu falo com você? A comunicação do enfermeiro com o usuário surdo. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25978>. Acesso em 13 de março de 2025.

Souza, Y. V., Gomes, R. S., Sá, B. V. dos S., Mattos, R. M. P. R. de, & Pimentel, D. M. M. (2020). Percepção de pacientes sobre sua relação com médicos. *Revista Bioética*, 28, 332–343. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282395>. Acesso em 20 de março de 2025.

Superior Tribunal de Justiça. (2022, 25 de abril). Para Terceira Turma, indenização por falha de informação ao paciente não pode ignorar realidade da época dos fatos. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/25042022-Para-Terceira-Turma-indenizacao-por-falha-de-informacao-ao-paciente-nao-pode-ignorar-realidade-da-epoca-dos-fatos.aspx>. Acesso em 10 de março de 2025.

Tarkieltaub, E., & Silva Pinto, V. G. (2018). Comunicação e compartilhamento de decisões. Em R. Azevedo Júnior & R. A. de Oliveira (Orgs.), *Reflexões éticas em medicina intensiva* (pp. 71–83). Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Telles, V. G., Fassarella, C. S., Silva, R. C., Almeida, P. F., & Camerini, F. G. (2019). Handover de enfermagem em clínicas cirúrgicas: a interface entre a comunicação e a segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1146101/handover-de-enfermagem-48402-pt.pdf>. Acesso em 10 de março de 2025.

Toledo, J., Arenhart, C. G. M., & Andrade, L. M. X. G. (2023). A importância da comunicação não violenta para a gestão em saúde. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 4(8). Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i8.3805>. Acesso em 25 de março de 2025.

Vital, D. (2022). Consentimento genérico não basta para assumir riscos de cirurgia. *Consultor Jurídico*. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-abr-16/consentimento-generico-nao-basta-assumir-riscos-cirurgia/>. Acesso em 10 de março de 2025.



O uso da Inteligência Artificial e do Big Data na gestão hospitalar e saúde pública: desafios e oportunidades.

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.) (Este artigo também impacta a ODS 9. Indústria, Inovação e Infraestrutura. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.)

André Luiz Scariot¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

A crescente complexidade dos sistemas de saúde e a busca por eficiência, qualidade e equidade têm impulsionado o uso de tecnologias como Inteligência Artificial (IA) e Big Data. Este artigo analisa como essas ferramentas podem transformar a gestão hospitalar e fortalecer as políticas públicas de saúde no Brasil. A pesquisa, de natureza qualitativa e teórica, baseou-se em revisão bibliográfica e documental. Os resultados apontam benefícios como monitoramento preditivo de pacientes, apoio à decisão clínica em tempo real e formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Contudo, desafios como a fragmentação dos sistemas, a escassez de profissionais qualificados e os riscos à segurança de dados ainda limitam a adoção plena dessas tecnologias.

Palavras-chave

Inteligência Artificial. Big Data. Gestão Hospitalar. Saúde Pública. Inovação Tecnológica.

ABSTRACT

The growing complexity of healthcare systems, combined with the pursuit of efficiency, quality, and equity, has driven the adoption of emerging technologies, particularly Artificial Intelligence (AI) and Big Data. This study examines the role of these tools in enhancing hospital management and public health in Brazil, highlighting their benefits, challenges, and potential implementation guidelines. Based on a theoretical and qualitative approach, supported by bibliographic and documentary review, national and international applications of these technologies were investigated. The findings suggest that AI and Big Data provide valuable solutions, including predictive patient monitoring and support for the development of evidence-based public policies. However, their adoption still faces significant barriers, including fragmented information systems, a lack of interoperability, a shortage of qualified professionals, and risks to data privacy and security.

Key words

Artificial Intelligence. Big Data. Hospital Management. Public Health. Health Innovation.

1. Mestrando em Master of Science in Healthcare Management pela MUST University. Especialista em Gestão de Saúde. Médico formado pela Universidade do Estado do Amazonas. E-mail: alsariot@gmail.com

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento, atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

A transformação digital no setor da saúde representa um dos fenômenos mais significativos da contemporaneidade, impulsionada pela necessidade crescente de otimizar recursos, melhorar a qualidade do atendimento e ampliar o acesso aos serviços de saúde. Neste contexto, a Inteligência Artificial (IA) e o Big Data emergem como tecnologias disruptivas capazes de revolucionar tanto a gestão hospitalar quanto as políticas públicas de saúde (NHS AI Lab, 2021).

O sistema de saúde brasileiro, caracterizado pela universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela complexidade de sua rede assistencial, enfrenta desafios estruturais que incluem a escassez de recursos, a desigualdade regional no acesso aos serviços e a necessidade de otimização dos processos de gestão. Segundo dados da Fiocruz (2021), o Brasil possui mais de 290 mil estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), gerando diariamente volumes massivos de dados que, quando adequadamente processados e analisados, podem fornecer insights valiosos para a tomada de decisão.

A aplicação da IA e do Big Data na gestão hospitalar não se limita apenas à automação de processos administrativos, mas estende-se à predição de demandas, otimização de recursos humanos e materiais, melhoria da qualidade assistencial e redução de custos operacionais. Estudos internacionais demonstram que hospitais que implementaram soluções baseadas em IA obtiveram reduções significativas nos tempos de espera, melhorias na precisão diagnóstica e otimização na alocação de leitos (Lakatos & Marconi, 2017).

No âmbito das políticas públicas de saúde, essas tecnologias oferecem oportunidades sem precedentes para o monitoramento epidemiológico, a vigilância em saúde, o planejamento de intervenções baseadas em evidências e a avaliação de programas e políticas. A capacidade de processar grandes volumes de dados em tempo real permite aos gestores públicos uma visão mais precisa e atualizada do panorama epidemiológico, facilitando a implementação de medidas preventivas e a alocação eficiente de recursos.

Contudo, a implementação dessas tecnologias no contexto brasileiro apresenta desafios específicos que incluem questões relacionadas à infraestrutura tecnológica, à capacitação profissional, à interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, à privacidade e segurança dos dados, bem como aos aspectos éticos e regulatórios. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), promulgada em 2018, estabelece diretrizes rigorosas para o tratamento de dados pessoais, incluindo dados sensíveis

de saúde, criando um marco regulatório que deve ser considerado em qualquer iniciativa de implementação tecnológica no setor (Bardin, 2016).

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar as potencialidades e os desafios da aplicação da IA e do Big Data na gestão hospitalar e nas políticas públicas de saúde no Brasil. A pesquisa busca identificar as principais barreiras à implementação dessas tecnologias, bem como propor estratégias e diretrizes que possam facilitar sua adoção de forma ética, segura e eficiente.

A relevância desta investigação justifica-se pela necessidade urgente de modernização do sistema de saúde brasileiro, especialmente considerando as lições aprendidas durante a pandemia de COVID-19, que evidenciou tanto as fragilidades quanto o potencial de inovação do setor. A compreensão dos benefícios e desafios associados à implementação da IA e do Big Data pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo e Abordagem da Pesquisa

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza teórica e qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica e documental. A abordagem qualitativa foi escolhida por permitir uma análise aprofundada dos fenômenos estudados, considerando suas múltiplas dimensões e complexidades inerentes ao contexto da saúde pública e gestão hospitalar (Gil, 2010).

A pesquisa adota um paradigma interpretativo, buscando compreender os significados e implicações da implementação da IA e do Big Data no setor da saúde, considerando tanto os aspectos técnicos quanto os sociais, éticos e organizacionais envolvidos neste processo de transformação digital.

2.2 Procedimentos de Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada através de revisão sistemática da literatura científica, abrangendo o período de 2018 a 2024, com foco em publicações que abordam a aplicação da IA e do Big Data na gestão hospitalar e em políticas públicas de saúde. As bases de dados consultadas incluíram PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO e Google Scholar.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados em português, inglês ou espanhol; estudos que abordem especificamente a aplicação da IA e/ou Big Data no contexto hospitalar ou de saúde pública; publicações em periódicos revisados por pares; e relevância temática para o contexto brasileiro ou internacional com possibilidade de aplicação no Brasil.

Os critérios de exclusão compreenderam: artigos que não apresentem relação direta com o tema de pesquisa; publicações duplicadas; estudos com metodologia inadequada ou resultados inconclusivos; e trabalhos que não atendam aos padrões de qualidade científica estabelecidos.

Para a busca nas bases de dados, foram utilizadas as seguintes palavras-chave e suas combinações: "Inteligência Artificial", "Artificial Intelligence", "Big Data", "Gestão Hospitalar", "Hospital Management", "Saúde Pública", "Public Health", "Políticas de Saúde", "Health Policies", "Sistemas de Informação em Saúde", "Health Information Systems".

A análise dos dados coletados foi realizada através da técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2016), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Os dados foram organizados em categorias temáticas que emergiram da literatura, permitindo uma compreensão estruturada dos principais benefícios, desafios e oportunidades identificados.

2.3 Aspectos Éticos

Considerando que esta pesquisa se baseia exclusivamente em fontes secundárias de informação, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, foram respeitados todos os direitos autorais das publicações consultadas, com devida citação e referência conforme as normas acadêmicas estabelecidas.

A pesquisa foi conduzida seguindo os princípios éticos da pesquisa científica, garantindo a fidedignidade na apresentação dos dados e resultados encontrados na literatura, bem como a imparcialidade na análise e interpretação das informações coletadas.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 *Big Data*: Definição, Características e Papel no Setor da Saúde

O conceito de Big Data refere-se ao conjunto de dados caracterizado pelos "cinco Vs": Volume (grandes quantidades de dados), Velocidade (geração e processamento em alta velocidade), Variedade (diferentes tipos e formatos de dados), Veracidade (qualidade e confiabilidade dos dados) e Valor (capacidade de gerar insights úteis) (Belle et al., 2015). No contexto da saúde, o Big Data engloba informações provenientes de registros eletrônicos de saúde, dispositivos de monitoramento, exames de imagem, dados genômicos, informações epidemiológicas e dados administrativos.

A aplicação do Big Data na saúde tem demonstrado potencial significativo para a melhoria da qualidade assistencial e otimização dos recursos. Segundo estudo realizado por Abidi (2007), o setor da saúde gera aproximadamente 30% de todo o volume de dados mundial, com crescimento exponencial estimado em 36% ao ano. Esta explosão de dados representa tanto uma oportunidade quanto um desafio para os sistemas de saúde contemporâneos.

No Brasil, sistemas como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) geram diariamente milhões de registros que, quando adequadamente processados, podem fornecer insights valiosos para a gestão e planejamento em saúde. A integração e análise destes dados podem contribuir para a identificação de padrões epidemiológicos, otimização de fluxos assistenciais e melhoria da eficiência operacional dos serviços de saúde.

3.2 Inteligência Artificial: Conceito e Espectro de Aplicações

A Inteligência Artificial pode ser definida como a capacidade de sistemas computacionais de realizar tarefas que tradicionalmente requerem inteligência humana, incluindo aprendizado, raciocínio, percepção e tomada de decisão (Russell & Norvig, 2021). No contexto da saúde, a IA abrange diversas tecnologias, incluindo *machine learning*, *deep learning*, processamento de linguagem natural, visão computacional e sistemas especialistas.

As aplicações da IA na saúde podem ser categorizadas em quatro grandes áreas: diagnóstico e tratamento, descoberta de medicamentos, gestão operacional e saúde populacional. Cada uma dessas

áreas apresenta potencial significativo para transformar a prática médica e a gestão dos serviços de saúde (Jiang et al., 2017).

O *machine learning*, uma subárea da IA, tem demonstrado particular eficácia na análise de padrões complexos em grandes conjuntos de dados médicos. Algoritmos de aprendizado supervisionado têm sido utilizados com sucesso na predição de riscos, diagnóstico precoce de doenças e personalização de tratamentos. Já o *deep learning*, baseado em redes neurais artificiais, tem revolucionado a análise de imagens médicas, permitindo diagnósticos mais precisos e rápidos em áreas como radiologia, patologia e oftalmologia.

3.3. Aplicações na Gestão Hospitalar

3.3.1 Otimização de Recursos e Processos Operacionais

A implementação da IA e do Big Data na gestão hospitalar tem demonstrado resultados significativos na otimização de recursos e melhoria da eficiência operacional. Sistemas de predição de demanda baseados em algoritmos de *machine learning* permitem aos gestores hospitalares anteciparem necessidades de leitos, equipamentos e recursos humanos, reduzindo custos e melhorando a qualidade do atendimento (Jung et al., 2021).

Um exemplo notável é o sistema implementado em instituições descritas por Cohen e Kovacheva (2023), que utilizam algoritmos de IA para prever a deterioração clínica de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O sistema analisa continuamente dados vitais, resultados laboratoriais e outros parâmetros clínicos, alertando a equipe médica sobre pacientes em risco de sepse ou outras complicações graves.

No contexto brasileiro, o Hospital Israelita Albert Einstein desenvolveu um sistema de predição de alta hospitalar que utiliza dados clínicos e administrativos para estimar com precisão o momento da alta do paciente, permitindo melhor planejamento da ocupação de leitos (Lu et al., 2022).

3.3.2 Gestão de Recursos Humanos e Escalas de Trabalho

A gestão de recursos humanos em hospitais representa um dos maiores desafios operacionais, considerando a necessidade de manter equipes adequadamente dimensionadas 24 horas por dia. Algoritmos de otimização baseados em IA têm demonstrado eficácia na criação de escalas de trabalho

que consideram múltiplas variáveis, incluindo competências profissionais, preferências individuais, regulamentações trabalhistas e demanda assistencial prevista.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) implementou um sistema de gestão de escalas baseado em IA conforme descrito por Li et al. (2022), o qual resultou em expressiva redução de custos e aumento na satisfação dos profissionais.

3.3.3 Predição e Prevenção de Eventos Adversos

A capacidade de prever e prevenir eventos adversos representa uma das aplicações mais promissoras da IA na gestão hospitalar. Sistemas de alerta precoce baseados em *machine learning* podem identificar pacientes em risco de complicações, permitindo intervenções preventivas que reduzem morbidade, mortalidade e custos assistenciais (Shah, Milstein & Bagley, 2019).

Modelos preditivos para infecções hospitalares, como os relatados por Pfohl, Foryciarz e Shah (2021), têm revelado alta eficácia ao analisar dados clínicos e laboratoriais para identificar pacientes em risco, otimizando estratégias de prevenção.

3.4 Aplicações em Saúde Pública

3.4.1 Vigilância Epidemiológica e Previsão de Surtos

A aplicação da IA e do Big Data na vigilância epidemiológica representa uma revolução na capacidade de monitoramento e resposta a ameaças à saúde pública. Sistemas de vigilância baseados em IA podem processar dados de múltiplas fontes, incluindo registros de saúde, dados de laboratório, informações de farmácias, dados de redes sociais e até mesmo imagens de satélite, para identificar precocemente surtos de doenças e orientar respostas rápidas e eficazes.

Um exemplo internacional é descrito por Olawade et al. (2023), que destacam o uso de algoritmos de linguagem natural para análise de dados epidemiológicos em tempo real. Tais abordagens possibilitam a antecipação de surtos e resposta ágil por parte das autoridades sanitárias.

No Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desenvolveu o sistema InfoGripe, que utiliza dados de síndrome gripal para monitorar a circulação de vírus respiratórios. Durante a pandemia de COVID-19, este sistema foi fundamental para o monitoramento da evolução da doença no país, fornecendo informações cruciais para a tomada de decisão pelos gestores públicos (Fiocruz, 2021).

3.4.2 Planejamento de Políticas Públicas Baseadas em Evidências

A capacidade de processar e analisar grandes volumes de dados permite aos gestores públicos uma compreensão mais precisa das necessidades de saúde da população, facilitando o planejamento de políticas públicas baseadas em evidências. Algoritmos de análise preditiva podem identificar tendências demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas que influenciam a saúde populacional, orientando a alocação de recursos e o desenvolvimento de programas de saúde. Iniciativas como as descritas por Abidi (2007) mostram como o uso estratégico de dados pode embasar intervenções mais eficazes e alocar recursos de forma mais racional em sistemas de saúde.

3.4.3 Monitoramento de Doenças Crônicas e Populações Vulneráveis

O monitoramento de doenças crônicas e populações vulneráveis representa uma área de particular importância para a saúde pública, considerando o crescimento da prevalência de doenças não transmissíveis e as desigualdades em saúde. Sistemas baseados em IA podem identificar indivíduos em risco, monitorar a evolução de doenças crônicas e orientar intervenções preventivas direcionadas.

Olawade et al. (2023) destacam que a aplicação de IA em programas de telessaúde e monitoramento remoto permite identificar precocemente alterações clínicas em pacientes com doenças crônicas, promovendo ações de cuidado mais eficientes e humanizadas.

3.5 Desafios Técnicos, Éticos e Financeiros

3.5.1 Desafios Técnicos

A implementação da IA e do Big Data na saúde enfrenta diversos desafios técnicos que incluem questões relacionadas à qualidade dos dados, interoperabilidade dos sistemas, infraestrutura tecnológica e capacitação profissional. A fragmentação dos sistemas de informação em saúde representa um dos principais obstáculos, dificultando a integração e análise de dados de diferentes fontes. No Brasil, a falta de padronização dos sistemas de informação em saúde constitui um desafio significativo. Diferentes instituições utilizam sistemas incompatíveis, dificultando o compartilhamento de dados e a implementação de soluções integradas. A adoção de padrões

internacionais, como o HL7 e o SNOMED CT, é fundamental para superar estas limitações (Fiocruz, 2021).

3.5.2 Desafios Éticos

As questões éticas relacionadas ao uso da IA e do Big Data na saúde incluem preocupações sobre privacidade, consentimento, transparência, equidade e responsabilidade. O processamento de dados sensíveis de saúde requer cuidados especiais para garantir a proteção da privacidade dos pacientes e o cumprimento das regulamentações vigentes. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), em vigor no Brasil desde 2020, estabelece diretrizes rigorosas para o tratamento de dados pessoais, incluindo dados sensíveis de saúde. A implementação de soluções baseadas em IA deve considerar os princípios da LGPD, como finalidade, necessidade, qualidade dos dados, segurança e não discriminação (Bardin, 2016).

3.5.3 Desafios Financeiros

A implementação de soluções baseadas em IA e Big Data requer investimentos significativos em infraestrutura tecnológica, software, capacitação profissional e manutenção de sistemas. Para muitas instituições de saúde, especialmente no setor público, estes custos podem representar uma barreira à adoção dessas tecnologias. No entanto, estudos como os de Nasr et al. (2021) demonstram que, apesar dos altos custos iniciais, a implementação de soluções baseadas em IA pode gerar retorno positivo a médio e longo prazo por meio da eficiência operacional, redução de eventos adversos e melhoria da gestão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada neste estudo evidencia que a Inteligência Artificial e o Big Data representam tecnologias transformadoras com potencial significativo para revolucionar tanto a gestão hospitalar quanto as políticas públicas de saúde no Brasil. Os benefícios identificados incluem a otimização de recursos, melhoria da qualidade assistencial, predição e prevenção de eventos adversos, aprimoramento da vigilância epidemiológica e desenvolvimento de políticas baseadas em evidências.

No âmbito da gestão hospitalar, as aplicações da IA e do Big Data demonstraram capacidade de gerar impactos positivos mensuráveis, incluindo redução de custos operacionais, melhoria da eficiência na alocação de recursos, otimização de escalas de trabalho e predição de eventos adversos. Os casos estudados, tanto no contexto internacional quanto nacional, ilustram o potencial dessas tecnologias para transformar a prática hospitalar, tornando-a mais eficiente, segura e centrada no paciente.

Em relação às políticas públicas de saúde, a capacidade de processar e analisar grandes volumes de dados em tempo real oferece oportunidades sem precedentes para o monitoramento epidemiológico, planejamento de intervenções e avaliação de programas. A experiência da pandemia de COVID-19 demonstrou a importância de sistemas de vigilância baseados em dados para a resposta rápida e eficaz a emergências de saúde pública.

Contudo, a implementação dessas tecnologias no contexto brasileiro enfrenta desafios significativos que devem ser cuidadosamente considerados. Os desafios técnicos, incluindo a fragmentação dos sistemas de informação, a falta de interoperabilidade e a necessidade de infraestrutura tecnológica adequada, requerem investimentos substanciais e planejamento estratégico. Os desafios éticos, relacionados à privacidade, transparência e equidade, exigem o desenvolvimento de marcos regulatórios apropriados e a implementação de práticas de governança de dados robustas.

Os desafios financeiros, embora significativos, podem ser superados através de estratégias de financiamento inovadoras, parcerias público-privadas e demonstração clara do retorno sobre o investimento. A experiência internacional sugere que os benefícios a longo prazo superam os custos iniciais, especialmente quando considerados os ganhos em eficiência, qualidade e segurança.

Para que o potencial da IA e do Big Data seja plenamente realizado no contexto da saúde brasileira, é fundamental o desenvolvimento de estratégias estruturadas que incluam: fortalecimento da infraestrutura tecnológica nas unidades de saúde; criação de diretrizes nacionais para padronização e integração de dados; capacitação continuada dos profissionais de saúde em tecnologias digitais; estabelecimento de marcos regulatórios apropriados para o uso ético e seguro de dados de saúde; e fomento a parcerias público-privadas para viabilizar investimentos em inovação.

A transformação digital da saúde não é apenas uma oportunidade, mas uma necessidade urgente para enfrentar os desafios contemporâneos do setor. A IA e o Big Data podem se consolidar como pilares centrais de um sistema de saúde mais inteligente, equitativo e resiliente, capaz de responder às necessidades crescentes da população brasileira e contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde do país.

O sucesso dessa transformação dependerá da capacidade de superar os desafios identificados através de abordagens colaborativas que envolvam gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, setor privado e sociedade civil. Somente através de esforços coordenados e investimentos sustentados será possível realizar o potencial transformador dessas tecnologias para o benefício de toda a população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abidi, S. S. R. (2007). Healthcare knowledge management: The art of the possible. In AIME Workshop on Knowledge Management for Health Care Procedures (pp. 1-20). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-78624-5_1. Acesso em 27/06/2025.

Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo (Edição revista e ampliada). São Paulo: Edição 70.

Belle, A., Thiagarajan, R., Soroushmehr, S. M. R., Navidi, F., Beard, D. A., & Najarian, K. (2015). Big Data Analytics in Healthcare. *BioMed Research International*, 2015, 370194. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/370194>. Acesso em 27/06/2025.

Cohen, R. Y., & Kovacheva, V. P. (2023). A methodology for a scalable, collaborative, and resource-efficient platform, MERLIN, to facilitate healthcare AI research. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 27(6), 3014–3025. Disponível em: <https://doi.org/10.1109/JBHI.2023.3259395>. Acesso em 27/06/2025.

Fiocruz. (2021). Plataforma Monitora Covid-19. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://shiny.icict.fiocruz.br/appcorona/>. Acesso em 27/06/2025.

Gil, A. C. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

Jiang, F., Jiang, Y., Zhi, H., Dong, Y., Li, H., Ma, S., ... & Wang, Y. (2017). Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and Vascular Neurology*, 2(4), 230–243. Disponível em: <https://svn.bmj.com/content/2/4/230.abstract>. Acesso em 27/06/2025.

Jung, K., Kashyap, S., Avati, A., Harman, S., Shaw, H., & Shah, N. H. (2021). A framework for making predictive models useful in practice. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(6), 1149–1158. Disponível em: <https://academic.oup.com/jamia/article/28/6/1149/6045012>. Acesso em 27/06/2025.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2017). Fundamentos de metodologia científica (8ª ed.). São Paulo: Atlas.

Li, R. C., Smith, M., Lu, J., Avati, A., Wang, S., & Shah, N. H. (2022). Using AI to Empower Collaborative Team Workflows: Two Implementations for Advance Care Planning and Care

Escalation. NEJM Catalyst, 3(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1056/CAT.21.0457>. Acesso em 27/06/2025.

Lu, J., Sattler, A., Wang, S., Khaki, A. R., Callahan, A., & Shah, N. H. (2022). Considerations in the reliability and fairness audits of predictive models for advance care planning. *Frontiers in Digital Health*, 4, 849576. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fdgth.2022.943768/full>. Acesso em 27/06/2025.

Nasr, M., Islam, M. M., Shehata, S., Karray, F., & Quintana, Y. (2021). Smart healthcare in the age of AI: recent advances, challenges, and future prospects. *IEEE Access*, 9, 145248–145270. Disponível em: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9565155>. Acesso em 27/06/2025.

NHS AI Lab. (2021). Artificial Intelligence in Health and Care Award: Round One Evaluation Report. National Health Service. Disponível em: <https://www.nihr.ac.uk/ai-health-and-care-award-funded-projects-2021>. Acesso em 27/06/2025.

Olawade, D. B., Wada, O. J., David-Olawade, A. C., Kunonga, E., & Abaire, O. (2023). Using artificial intelligence to improve public health: a narrative review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1196397. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1196397/full>. Acesso em 27/06/2025.

Pfohl, S. R., Foryciarz, A., & Shah, N. H. (2021). An empirical characterization of fair machine learning for clinical risk prediction. *Journal of Biomedical Informatics*, 113, 103621. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046420302495>. Acesso em 27/06/2025.

Russell, S., & Norvig, P. (2021). Artificial intelligence: A modern approach (4th ed.). Boston: Pearson.

Shah, N. H., Milstein, A., & Bagley, S. C. (2019). Making Machine Learning Models Clinically Useful. *JAMA*, 322(14), 1351–1352. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2748179>. Acesso em 27/06/2025.



Saúde integral e envelhecimento ativo: o poder transformador de grupos comunitários e políticas públicas em contextos de vulnerabilidade.

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.) (Este artigo também impacta a ODS 10. Redução das Desigualdades. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.) (Este artigo também impacta a ODS 11. Cidades e Comunidades Sustentáveis. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis).

Christine Schlobach Gomes¹

Fernanda Cristina Guassu Almeida²



RESUMO

O envelhecimento populacional está a exigir políticas públicas e iniciativas comunitárias que garantam saúde e qualidade de vida aos idosos, principalmente em contextos vulneráveis. No Brasil, onde 15,6% da população tem 60 anos ou mais, grupos comunitários ajudam a reduzir o isolamento, prevenir doenças e fortalecer a autonomia. Apesar de avanços como o Estatuto do Idoso, persistem desafios como a falta de financiamento e de infraestrutura. Este trabalho analisa o impacto das políticas públicas na saúde dos idosos, identifica barreiras e propõe estratégias para o fortalecimento das iniciativas comunitárias. Enfatiza-se uma abordagem multidimensional (biológica, psicológica, social) para o envelhecimento ativo, visando inclusão, saúde e segurança. Valorizar grupos comunitários e políticas inclusivas é crucial para uma terceira idade digna.

Palavras-chave

Envelhecimento Ativo. Qualidade de Vida. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Population aging is demanding public policies and community initiatives that ensure health and quality of life for the elderly, especially in vulnerable contexts. In Brazil, where 15.6% of the population is 60 years or older, community groups help to reduce isolation, prevent diseases, and strengthen autonomy. Despite advances such as the Statute of the Elderly, challenges persist, including a lack of funding and inadequate infrastructure. This paper analyzes the impact of public policies on the health of the elderly, identifies barriers, and proposes strategies to strengthen community initiatives. It emphasizes a multidimensional approach (biological, psychological, social) to active aging, aiming at inclusion, health, and safety. Valuing community groups and inclusive policies is crucial for a dignified third age.

Key words

Active Aging. Quality of Life. Public Policies.

1. Mestre em Gestão de Cuidados da Saúde pela MUST University, Graduada em Fisioterapia. Pós-graduada em Geriatria e Gerontologia, Psicomotricidade, Fisioterapia Neurofuncional, Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família e Atividades Físicas para Grupos Especiais. E-mail: tinecy@gmail.com

2. Doutora em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Mestre em Farmacologia e Graduada em Ciências Biológicas-modalidade médica, todos pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)/Botucatu. Professora orientadora no Programa de Mestrado Master of Science in Healthcare Management da MUST University/ Flórida – EUA. E-mail: fernanda.almeida@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2005), o envelhecimento é um processo natural, irreversível e comum à humanidade, sem ser patológico por si só. Com o tempo, há perda da capacidade de adaptação ao estresse e aumento do risco de mortalidade (Brasil, 2006).

O aumento da longevidade é um fenômeno global e representa um desafio para as políticas públicas da saúde no Brasil. Segundo o Estatuto do Idoso de 2003, os idosos são pessoas com 60 anos ou mais. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2022 demonstram que a população idosa chegou a 32,1 milhões (15,6% do total), alcançando um aumento de 56% em relação a 2010 (20,6 milhões ou 10,8%). Com uma população totalizando os 203 milhões, o envelhecimento demanda ações estratégicas do governo e redes de proteção social (IBGE, 2022).

Assis (1998) destaca que, apesar de o envelhecimento ser inevitável, muitas incapacidades podem ser prevenidas caso se considere os avanços dos conhecimentos médicos e ações sociais. Contudo, faltam investimentos e políticas públicas eficazes para garantir cuidados integrais aos idosos. Grupos comunitários multidimensionais são alternativas importantes, promovendo envelhecimento saudável e diminuindo a sobrecarga dos serviços de saúde.

Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002) apontam que o aumento da longevidade exige novas políticas públicas e pesquisas focadas na qualidade de vida dos idosos. Apesar dos avanços legislativos, muitas ações são desarticuladas, especialmente em comunidades vulneráveis, limitando o alcance de iniciativas como a do envelhecimento ativo.

É essencial integrar os grupos comunitários às ações governamentais, promovendo saúde integral e justiça social (Assis, 1998). Essas iniciativas voluntárias reduzem o isolamento, melhoram a qualidade de vida e devem ser apoiadas com políticas públicas e financiamento adequado (Wichmann et al., 2013).

Neste contexto, a pesquisa busca entender como as ações governamentais podem fortalecer grupos comunitários para promover envelhecimento ativo em áreas vulneráveis. A ausência de políticas eficazes afeta negativamente a saúde e o engajamento dos idosos.

Como exemplo prático, o grupo voluntário “Renovação”, no bairro Jardim Sulacap (RJ), atua há mais de 20 anos com atividades semanais como palestras, exercícios, oficinas e danças circulares. O projeto, com participação voluntária de profissionais, promove saúde física, mental e vínculos sociais.

Este estudo visa analisar o impacto das políticas públicas existentes, identificar barreiras enfrentadas por grupos comunitários e propor estratégias que fortaleçam essas iniciativas. A atenção à saúde do idoso ainda é limitada, e estudos aprofundados são essenciais, especialmente diante das diretrizes do Ministério da Saúde que priorizam esse tema.

2. METODOLOGIA

Este trabalho adotou uma abordagem metodológica mista, combinando métodos qualitativos e quantitativos para analisar as ações governamentais voltadas à promoção da saúde integral, qualidade de vida e envelhecimento ativo da população idosa. O estudo centrou-se na revisão bibliográfica, sem coleta de dados empíricos com participação direta de pessoas, como entrevistas ou grupos focais.

A primeira etapa consistiu em uma revisão sistemática da literatura em bases como Scielo, PubMed e Google Scholar. Foram utilizadas palavras-chave como: “Terceira Idade”, “Idoso”, “Saúde física e mental do idoso”, “Qualidade de vida na senescência”, “Grupos Comunitários” e “Políticas públicas para idosos”. Os critérios de inclusão envolveram publicações com acesso gratuito e pertinência temática. Excluíram-se textos em línguas estrangeiras e fora do escopo do estudo.

A análise quantitativa baseou-se em dados secundários extraídos de artigos e relatórios oficiais, focando em indicadores como participação em grupos comunitários, taxas de mortalidade, prevalência de doenças crônicas e impactos da ausência de políticas públicas eficazes.

A análise qualitativa, por sua vez, consistiu na interpretação crítica e descritiva dos conteúdos dos textos selecionados, com foco na identificação de padrões, narrativas e discursos relacionados às práticas, desafios e avanços das políticas públicas voltadas à população idosa. Foram considerados as abordagens teóricas dos autores, os contextos sociopolíticos apresentados e as experiências relatadas sobre envelhecimento ativo em diferentes territórios. Essa análise buscou compreender não apenas os dados objetivos, mas também os significados atribuídos às ações e omissões governamentais, possibilitando a reflexão sobre o impacto dessas políticas na vida cotidiana dos idosos, sobretudo em contextos de vulnerabilidade.

Por fim, os dados qualitativos e quantitativos foram integrados, possibilitando uma compreensão abrangente sobre a importância de políticas públicas estruturadas para garantir um envelhecimento ativo e saudável.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Envelhecimento Populacional e os desafios para a saúde pública

O envelhecimento populacional, embora um triunfo humano (OPAS, 2005), traz grandes desafios sociais e econômicos. No Brasil (2022) 15,6 % da população tem 60 anos ou mais, o que obriga a reconhecer os idosos como agentes de desenvolvimento, como mostra a tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos Idosos no Brasil

Indicador	%	Análise
% População 60+ anos	15,6%	Reflete o envelhecimento demográfico do país.
% Idosos independentes	68%	Maioria mantém autonomia, sem dependência total de cuidadores.
% Mulheres idosas	56%	Dominância feminina, alinhada à maior expectativa de vida das mulheres.
% Aposentados/do lar	72%	Baixa participação no mercado de trabalho formal nessa faixa etária.

Fonte: Elaborada pela autora, com base em IBGE (2022) e PNAD Contínua (2023).

Dados do IBGE (2022) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2023) mostram que 68 % dos idosos mantêm autonomia; 56 % são mulheres, reflexo da maior longevidade feminina; e 72 % estão aposentados ou cuidam do lar, revelando pouca inserção no mercado formal. Esse perfil torna urgente fortalecer políticas de saúde, previdência e qualidade de vida.

Doenças crônicas aumentam com a idade, elevando internações e tempo de hospitalização. Agravos múltiplos e duradouros exigem cuidado contínuo, uso regular de medicamentos e exames frequentes, pressionando um sistema público com recursos limitados (Lima-Costa & Veras, 2003).

Conforme a Tabela 2, a hipertensão arterial é a doença crônica mais prevalente entre os idosos brasileiros (62%), sobretudo em mulheres (65%). Em seguida, destacam-se as doenças cardiovasculares (25%), principal causa de morte nessa faixa etária, e a dor crônica (35%), importante fator de limitação funcional. O diabetes mellitus acomete 22% dos idosos, com cerca de 30% dos

casos não diagnosticados. A osteoporose afeta 18% das mulheres, aumentando o risco de quedas e fraturas, enquanto a depressão apresenta prevalência de 15%, ainda subnotificada em áreas rurais.

Tabela 2: Prevalência de Doenças Crônicas em Idosos (60+ anos) no Brasil

Doença Crônica	Prevalência	Destaques
Hipertensão arterial	62%	Mais comum em mulheres (65%).
Diabetes mellitus	22%	30% dos casos não diagnosticados.
Dor crônica (ex.: lombar)	35%	Principal causa de limitação funcional.
Depressão	15%	Subnotificação em idosos rurais.
Osteoporose	18% (mulheres)	Associada a quedas e fraturas.
Doenças cardiovasculares	25%	Principal causa de morte em idosos.

Fontes: Elaborado pela autora, com base na Pesquisa Nacional de Saúde (2019), BRASIL (2018), Sociedade Brasileira de Geriatria (2022).

3.1.1 Políticas Públicas para a Terceira Idade

As políticas públicas voltadas à terceira idade no Brasil buscam garantir direitos sociais, autonomia, inclusão e qualidade de vida aos idosos. A Política Nacional do Idoso (PNI), de 1994, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006, são os principais marcos legais. Elas propõem ações em diversas áreas, como saúde, assistência social, habitação, cultura e trabalho, com foco em prevenção, promoção da saúde e combate à discriminação etária.

A Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) reforçam a proteção integral ao idoso, envolvendo a família, a sociedade e o Estado. A implementação de serviços de saúde específicos, centros de convivência, capacitação profissional e adaptação de residências são algumas das estratégias que deveriam ser adotadas. A PNSPI também incentiva a formação de profissionais em geriatria e o desenvolvimento de políticas intersetoriais.

Apesar dos avanços, desafios persistem, como a fragilidade no monitoramento e na avaliação das políticas, a redução de indicadores específicos para idosos e a necessidade de revisão constante frente ao crescimento dessa população. As ações devem respeitar os princípios da dignidade,

independência, participação e autorrealização, considerando a diversidade do envelhecimento e combatendo o preconceito etário.

3.2 Atenção à saúde da pessoa idosa: Multidimensionalidade e Envelhecimento Ativo

O envelhecimento ativo refere-se à maximização das oportunidades relacionadas à saúde, à inclusão social e à segurança, com o objetivo de aprimorar a qualidade de vida à medida que as pessoas avançam em idade. Este conceito abrange tanto indivíduos quanto grupos populacionais, permitindo que todos alcancem seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Adicionalmente, o envelhecimento ativo encoraja a participação dos indivíduos na sociedade, respeitando suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo que assegura proteção, segurança e o acesso a cuidados adequados sempre que necessário (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

Diante da diminuição da reserva homeostática que ocorre com o avanço da idade e da maior probabilidade de irreversibilidade frente a perdas funcionais, é crucial que as equipes de saúde, ao realizarem uma avaliação, estejam atentas a sinais de alerta e a condições crônicas que possam induzir ou agravar a redução da capacidade funcional dos idosos. Essas condições podem comprometer sua autonomia e/ou independência na realização das Atividades da Vida Diária (AVDs), impactando diretamente sua qualidade de vida. A identificação dessas situações deve levar à consideração de uma avaliação mais aprofundada dos aspectos afetados, com vistas à intervenção precoce e à preservação do bem-estar do idoso (Silva et al., 2019).

É fundamental voltar o olhar também aos idosos autônomos, ou seja, aqueles que conseguem realizar suas atividades cotidianas sem necessitar de ajuda externa ou de adaptações específicas. O cuidado direcionado a esse grupo deve concentrar-se principalmente em ações de promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção de doenças e agravos, incluindo intervenções terapêuticas sempre que necessário. Essa abordagem visa evitar o surgimento de condições de doenças crônicas não diagnosticadas e manter sob controle enfermidades já existentes, assegurando a manutenção da capacidade funcional. Assim, favorecem-se diagnósticos e intervenções precoces, o que contribui significativamente para melhores prognósticos e para uma qualidade de vida mais elevada (Brasil, 2018).

Entre os efeitos mais marcantes do processo de envelhecimento está a redução progressiva da capacidade funcional, que se torna mais evidente com o passar dos anos. Os principais problemas de saúde relacionados ao envelhecimento são a perda de autonomia e o aumento da dependência, que

levam à restrição ou à perda de habilidades, dificultando ou mesmo impossibilitando a realização de tarefas cotidianas. Esses obstáculos decorrem de limitações físicas e cognitivas, sendo que o estado de saúde da população idosa pode ser avaliado por meio de diversos indicadores, que indicarão a existência de comprometimentos nesses dois domínios (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012).

A Tabela 3 reúne sinais de alerta que indicam maior vulnerabilidade do idoso, como multimorbidades, polifarmácia, quedas e hospitalizações frequentes. Alterações cognitivas, emocionais, sensoriais e sociais comprometem a autonomia e aumentam o risco de declínio funcional. Esses fatores evidenciam a importância de um cuidado integral e do fortalecimento de políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável.

Tabela 3: Sinais de alerta para Saúde do Idoso

Categoria	Sinal de Alerta	Critério
Saúde Física	Multimorbidades	≥ 5 diagnósticos clínicos concomitantes
	Uso excessivo de medicamentos	≥ 5 medicamentos/dia (polifarmácia)
	Hospitalizações recentes	≥ 2 internações nos últimos 6 meses
	Incontinência esfíncteriana	Urinária e/ou fecal
	Quedas frequentes	≥ 2 quedas nos últimos 12 meses
Mobilidade	Alterações na marcha/equilíbrio	Dificuldade para caminhar ou manter o equilíbrio
Saúde Cognitiva	Deterioração cognitiva	Perda de memória, desorientação espacial/temporal
Sensorial	Diminuição sensorial	Comprometimento da visão e/ou audição
Comunicação	Dificuldades na comunicação	Problemas para se expressar ou compreender
Saúde Mental/Emocional	Distúrbios de humor	Depressão, ansiedade ou outras alterações emocionais
	Isolamento social	Redução significativa de interações sociais

Suporte Social	Falta de suporte familiar	Ausência de apoio de familiares ou cuidadores
Nutrição	Redução de peso não planejada	Perda de $\geq 4,5$ kg ou 5% do peso corporal no último ano
Segurança	Suspeitas de violência	Indícios de abuso físico, emocional ou negligência
Alimentação	Dificuldades para mastigar/engolir	Engasgos frequentes ou tosse durante as refeições
Autonomia	Perda do empoderamento e autossuficiência	Objetivo central para políticas públicas e cuidado individual

Fonte: Elaborada pela autora, com base em Brasil (2018).

A alta incidência de doenças crônicas e múltiplas enfermidades entre idosos evidencia a insuficiência dos sistemas de saúde em atender adequadamente a esse grupo. Um envelhecimento bem-sucedido requer mais do que ações pontuais, demandando estratégias integradas de prevenção e promoção da saúde, aliadas a políticas intersetoriais. Segundo a OPAS (2005), o envelhecimento ativo deve ser pautado nos direitos humanos e princípios como independência, participação e dignidade, substituindo uma visão assistencialista por uma abordagem centrada em direitos e igualdade de oportunidades.

O envelhecimento é um fenômeno marcado pela multidimensionalidade, abrangendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Essa complexidade gera demandas específicas que exigem um atendimento único e personalizado. Longe de ser uma enfermidade, o envelhecimento é uma fase natural da vida, com características próprias e transformações profundas no ser humano. Essas mudanças afetam desde a estrutura do corpo, o metabolismo, o equilíbrio bioquímico e a imunidade, até a nutrição, os mecanismos funcionais e as condições emocionais, intelectuais e de comunicação (Leite, Ferreira, Silva & Fonseca, 2017).

A transformação demográfica, marcada pelo envelhecimento da população e pelo aumento da expectativa de vida, evidencia a necessidade urgente de repensarmos essa fase do desenvolvimento humano. Atualmente, a velhice pode abranger várias décadas, tornando essencial a criação de estratégias que garantam um envelhecimento ativo e com qualidade de vida para todos os cidadãos. Nesse contexto, os grupos de idosos desempenham um papel fundamental, promovendo a

socialização, o compartilhamento de experiências e o fortalecimento de vínculos, elementos cruciais para um envelhecimento saudável e significativo (Lima-Costa & Veras, 2003).

Segundo Leite, Ferreira, Silva e Fonseca (2017), a construção subjetiva da velhice apresenta significativas variações intersubjetivas, fortemente influenciadas pelo contexto sociocultural no qual cada indivíduo está inserido. Esta perspectiva antropológica do envelhecimento nos permite compreender que o processo de senescência não ocorre de forma homogênea entre os diferentes grupos sociais, resultando em experiências e vivências marcadamente distintas. Quando analisamos especificamente a autoavaliação de saúde realizada pelos idosos, observamos que este constructo assume um papel central em sua qualidade de vida, funcionando como um importante indicador psicossocial. Para muitos indivíduos na terceira idade, a percepção positiva de sua condição de saúde está intrinsecamente relacionada à manutenção de sua autonomia funcional e independência nas atividades cotidianas, elementos estes que são fundamentais para sua autoimagem e inserção social.

O envelhecimento é um processo natural e multidimensional que envolve transformações físicas, emocionais, sociais e culturais, exigindo abordagens personalizadas para garantir qualidade de vida (Leite et al., 2017). A crescente expectativa de vida reforça a necessidade de estratégias para um envelhecimento ativo, como a promoção de vínculos sociais, autonomia e bem-estar (Lima-Costa & Veras, 2003).

O conceito de envelhecimento ativo proposto pela ONU baseia-se na promoção da saúde, na participação social e no acesso a oportunidades educativas e culturais (Wichmann et al., 2013; Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2005). Os grupos comunitários para idosos desempenham papel central nesse contexto, pois oferecem atividades físicas, intelectuais e lúdicas que contribuem significativamente para o bem-estar físico, social e emocional (Giunta et al., 2012; Metzner & Camolesi, 2012).

A integração em grupos de convivência fortalece a autoestima, combate a solidão e amplia redes de apoio, promovendo um senso de pertencimento e propósito de vida (Sampaio et al., 2024). Essas iniciativas ainda facilitam o acesso a serviços essenciais e estimulam a reinserção social, contribuindo para a construção de políticas públicas inclusivas (Fernandes & Soares, 2012; Meneses et al., 2021).

Por fim, atividades coletivas como oficinas, lazer, espiritualidade e esportes têm impacto positivo na percepção da saúde, estimulando a criatividade, a autonomia e a resiliência, promovendo um envelhecimento mais digno, participativo e saudável (Bittar & Lima, 2011).

A Tabela 4, mostra que os grupos comunitários para idosos enfrentam desafios como falta de financiamento, baixa valorização do voluntariado e infraestrutura precária, o que limita suas ações.

Soma-se a isso a frágil integração com os serviços públicos e a baixa visibilidade, fatores que reduzem a participação dos idosos e comprometem a sustentabilidade das iniciativas.

Tabela 4: Desafios dos Grupos Comunitários para a Terceira Idade e Evidências Científicas

Desafio	Descrição	Evidências Científicas	Impacto
Maior financiamento	Dependência de doações e recursos limitados; ausência de apoio governamental.	"Grupos sobrevivem através de parcerias informais e doações pontuais" (Wichmann et al., 2013)	Restringe atividades e manutenção de espaços.
Valorização do voluntariado	Subestimação pela sociedade e autoridades.	"Voluntários enfrentam desgaste emocional pela falta de reconhecimento" (Menezes et al., 2021)	Desmotiva equipes e reduz sustentabilidade.
Infraestrutura adequada	Escassez de espaços adequados.	"88% dos grupos não possuem sede própria" (Sampaio et al., 2024)	Prejudica a qualidade das atividades.
Maior de integração com serviços públicos	Conexão deficiente com redes de saúde.	"Apenas 20% dos grupos têm vínculo formal com UBS" (Wichmann et al., 2013)	Fragmentação das ações.
Aumento da visibilidade	Estratégias de comunicação ineficazes.	"Idosos desconhecem 70% das iniciativas disponíveis em sua região" (Sampaio et al., 2024)	Dificulta captação de participantes.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Wichmann et al. (2013), Menezes et al. (2021) e Sampaio et al. (2024).

Nesse contexto, esses grupos são fundamentais para promover o bem-estar e a inclusão dos idosos, além de contribuírem para a redução dos gastos públicos. No entanto, como observado na tabela 4, os desafios destes grupos são ter maior reconhecimento, investimento, valorização e apoio para superar as adversidades que enfrentam e cumprir efetivamente o seu papel de auxílio, garantindo sucesso em seu trabalho e ampliando seu impacto na sociedade (Rabelo & Neri, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é uma realidade global que exige respostas conjuntas e integradas para garantir saúde, qualidade de vida e envelhecimento ativo, sobretudo em contextos de vulnerabilidade. No Brasil, onde idosos representam 15,6% da população, grupos comunitários e oficinas terapêuticas destacam-se como estratégias eficazes na promoção da autonomia, bem-estar e inclusão social. No entanto, essas ações dependem de políticas públicas articuladas para superar desafios como escassez de recursos, infraestrutura inadequada e baixa integração com os serviços públicos.

Uma abordagem multidimensional, que aborde aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, é fundamental para oferecer um cuidado integral. O envelhecimento ativo deve ser prioridade, com foco na promoção da saúde, participação e segurança. Valorizar grupos comunitários e implementar políticas inclusivas são medidas-chave para reduzir desigualdades e fortalecer redes de apoio.

Em conclusão, este estudo destaca a importância de se investir em pesquisas, capacitação profissional e articulação intersetorial para garantir acesso a serviços de qualidade e oportunidades de participação social. Lembrando, que além do mais, a integração entre ações públicas e comunitárias beneficia não apenas os idosos, mas também a sustentabilidade do sistema de saúde e a construção de uma sociedade mais equitativa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis, M. (1998). O envelhecimento e suas consequências. In *A saúde do idoso - A arte de cuidar* (1. ed., p. 400). Rio de Janeiro: Interciência. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-318669>. Acessado em 25 de janeiro de 2025.

Bittar, C. & Lima, L.C.V. (2011). O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. PUC.SP. São Paulo. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/10053/7482/24945> Acessado em 16 de março de 2025.

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Saúde da Família. Cadernos de atenção básica nº19. Brasília-DF. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf Acessado em 07 de fevereiro de 2025.

Brasil. (2018). Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde. Brasília.

Disponível em
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acessado em 17 de março de 2025.

Brito, M.C.C.; Freitas, C.A.S.L.; Mesquita, K.O. & Lima, G.K. (2013). Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3), pp.161-178. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/kairós/article/download/18552/13738>. Acessado em 17 de março de 2025.

Fernandes, M.T.O. & Soares, S.M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP* 46 (6). São Paulo. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>. Acessado em 20 de fevereiro de 2025.

Ferreira, O.G.L.; Maciel, S.C.; Costa, S.M.G.; Silva, A.O. & Moreira, M.A.S.P. (2012). Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. Paraíba. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6cC7TTg9d/>. Acessado em 22 de fevereiro de 2025.

Giunta, N.; Morano, C.; Parikh, N.S.; Friedman, D.; Fahs, M.C. & Gallo, W.T. (2012). Diversidade racial e étnica em centros para idosos: Comparando características dos participantes em ambientes mais e menos multiculturais. *Journal of Gerontological Social Work*, 55 (6), 467–483. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.653519>. Acessado em 21 de março de 2025.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2022). Censo 2022: Número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Agência de Notícias IBGE. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acessado em 31 de janeiro de 2025.

Leite, J.C.; Ferreira, D.S.; Silva, R.P. & Fonseca, R.C. (2017). Multidimensionalidade do Envelhecimento Humano na Perspectiva dos Idosos Ativos. Congresso Internacional do Envelhecimento Humano. Disponível em https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2017/TRABALHO_EV075_MD4_SA15_ID33_16102017231806.pdf. Acessado em 22 de março de 2025.

Lima-Costa, M.F. & Veras, R. (2003). Saúde Pública e Envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3). Pp. 700-701. Rio de Janeiro. Disponível em https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v19n3/15872.pdf. Acessado em 07 de fevereiro de 2025.

Meneses K.F.; Aguiar A.C.S.A. & Martins L.A. (2021). Concepção de pessoas idosas sobre grupos de convivência. *Rev Fund Care Online* 13:123-129. UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil. Disponível em <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7928> . Acessado em 16 de março de 2025.

Metzner, A.C & Camolesi, D.R (2012). Atividades lúdicas na terceira idade: benefícios para um grupo de mulheres da cidade de Jaborandi. *Revista Fafibe On-Line* - ano V- n.5. Bebedouro, SP. Disponível em <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/21/21112012211527.pdf>. Acessado em 07 de fevereiro de 2025.

Miranda, G.M.D.; Mendes, A.C.G. & Silva, A.L.A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 19 (03). Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>. Acessado em 07 de fevereiro de 2025.

Organização Pan-americana de Saúde - OPAS. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acessado em 07 de fevereiro de 2025.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua. (2023). Disponível em https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/32c7fd77cb1b91b74c2b2a9171febd8b.pdf. Acessado em 15 de abril de 2025.

Pesquisa Nacional de Saúde – PNS. (2019). Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal. Disponível em <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>. Acessado em 15 de abril de 2025.

Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2013). Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(6), pp.43-63. São Paulo (SP). Brasil. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/20022/14897>. Acessado em 22 de março de 2025.

Sampaio, A.N.; Bezerra, J.A.; Oliveira, M.A.N.; Mallagoli, I.S.S.; Barbosa, I.E.B. & Belasco, A.G.S. (2024). Qualidade de vida de pessoas idosas participantes de grupos comunitários na Amazônia Ocidental Brasileira: um estudo transversal. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* São Paulo. Brasil. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230271.pt>. Acessado em 16 de março de 2025.

Silva, L.G.C.; Oliveira, F.S.; Martins, I.S.; Martins, F.E.S.; Garcia, T.F.M. & Sousa, A.C.P.A. (2019). Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. Caicó-RN, Brasil. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>. Acessado em 21 de março de 2025.

Uchôa, E.S.A; Firmo, J. O. A & Lima-Costa, M. F. F. (2002). Envelhecimento e saúde: Experiência e construção cultural. In *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf#page=26>. Acessado em 23 de janeiro de 2025.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 43 (3). Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Acessado em 07 de fevereiro de 2025.

Wichmann, F.M.A.; Couto, A.N.; Areosa S.V.C. & Montañés, M.C.M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 16 (04). Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>. Acessado em 31 de janeiro de 2025.



Exame periódico odontológico como estratégia de promoção da saúde bucal: implantação na universidade federal do Amazonas.

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Rosemary Rocha Osborne¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

O Exame Periódico Odontológico (EPO), estratégia essencial para a promoção da saúde bucal dos servidores públicos federais, integra as diretrizes do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). A pesquisa analisa a implementação do EPO na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), avaliando seu impacto na qualidade de vida dos servidores e identificando desafios enfrentados. Apesar de o EPO objetivar a prevenção de doenças bucais, diagnóstico precoce de patologias e redução do absenteísmo odontológico, desafios como baixa adesão, limitações infraestruturais e dificuldades no acesso aos serviços persistem. Os resultados indicam que o EPO contribui para a conscientização sobre a importância da saúde bucal, reduzindo complicações e promovendo bem-estar.

Palavras-chave

Servidores Públicos Federais. Saúde Bucal. Exame Periódico Odontológico. SIASS. Universidade Federal do Amazonas.

ABSTRACT

The Periodic Dental Examination (EPO), an essential strategy for promoting the oral health of federal public employees, is integrated within the guidelines of the Integrated Subsystem for Employee Health Care (SIASS). The research analyzes the implementation of the EPO at the Federal University of Amazonas (UFAM), evaluating its impact on the quality of life of employees and identifying challenges faced. Although the objectives of the EPO are to prevent oral diseases, early diagnose pathologies, and reduce dental absenteeism, challenges such as low adherence, infrastructural limitations, and difficulties in accessing services persist. Results indicate that the EPO contributes to raising awareness of the importance of oral health, reducing complications, and promoting well-being. .

Key words

Federal Public Servants. Oral Health. Periodic Dental Examination. SIASS. Federal University of Amazonas

1. Mestranda em Healthcare Management na MUST University; Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em Ortodontia e Ortopedia Facial pela Associação Brasileira de Odontologia e em Saúde Coletiva pela UFAM. e-mail: rosemary.osborne@ufam.edu.br.

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.moed@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é um campo fundamental no contexto das políticas públicas brasileiras, especialmente no serviço público, onde a promoção do bem-estar físico, mental e social dos servidores impacta diretamente na qualidade dos serviços prestados.

Os fatores que influenciam a saúde do trabalhador consistem em condições sociais, econômicas, tecnológicas e organizacionais, que contribuem para vários riscos, incluindo perigos físicos, químicos, biológicos e mecânicos, juntamente com o impacto das estruturas organizacionais e processos de trabalho (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997).

Fazendo frente a esses fatores, as medidas de saúde e segurança no local de trabalho, juntamente com os fatores ambientais, são direitos essenciais vinculados à cidadania e afetam significativamente o bem-estar individual (Mendes & Dias, 1991).

A saúde bucal, frequentemente negligenciada, desempenha um papel central na promoção da saúde geral e na qualidade de vida dos indivíduos. No contexto da UFAM, a implementação do Exame Periódico Odontológico (EPO) pelo Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) emerge como uma política essencial para prevenir doenças bucais e promover o bem-estar dos servidores públicos federais. Entretanto, a realidade amazônica, marcada por desafios logísticos, culturais e institucionais, impõe barreiras significativas à efetividade desse programa (Brasil, 2012).

Nesse cenário, o EPO surge como uma ferramenta estratégica para a detecção precoce de agravos bucais e a promoção de práticas preventivas, alinhando-se às diretrizes do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS).

Na UFAM, portanto, o EPO faz parte das ações voltadas à saúde do servidor docente ou técnico-administrativo em educação, sob a responsabilidade do SIASS. A realização periódica desses exames tem como finalidade, não apenas diagnosticar patologias orais, mas também incentivar o autocuidado e o acompanhamento contínuo da saúde bucal.

Apesar de sua relevância, observa-se que a adesão dos servidores aos exames periódicos odontológicos ainda enfrenta desafios relacionados à desinformação, à cultura da procura apenas em situações de dor e à falta de percepção da saúde bucal como parte integrante da saúde geral. Diante disso, torna-se essencial investigar o papel do EPO na prevenção, promoção e manutenção da saúde do servidor, identificando seu impacto e possíveis limitações dentro da UFAM.

Este artigo tem como objetivo apresentar uma análise crítica sobre a implantação e os resultados do EPO na UFAM, destacando seu potencial enquanto política institucional de saúde e os fatores que influenciam sua efetividade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado junto aos servidores docentes e técnico-administrativos da UFAM que participaram do EPO. A pesquisa teve como finalidade analisar os dados gerados a partir dos atendimentos odontológicos e compreender a percepção dos servidores quanto à importância dessa ação no contexto da promoção da saúde.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise documental dos registros realizados pela equipe de peritos odontólogos do SIASS, responsável pela execução dos exames. Foram consideradas as informações referentes aos exames realizados em um período determinado, incluindo número de atendimentos, principais queixas, diagnósticos, condutas adotadas e encaminhamentos.

Além da análise documental, aplicou-se um questionário semiestruturado a uma amostra de servidores que participaram do EPO, com o intuito de captar suas percepções sobre o exame, sua utilidade e sua contribuição para o cuidado com a saúde bucal. Os dados quantitativos foram sistematizados em tabelas, com análise descritiva. As respostas qualitativas foram examinadas com base na técnica de análise de conteúdo temática.

Inicialmente, realizou-se uma leitura exaustiva de cada documento para identificação de trechos relevantes. Em seguida, os dados foram codificados e organizados em categorias temáticas, tais como "estratégias de implementação", "desafios enfrentados" e "impactos percebidos". Essa sistematização permitiu uma compreensão aprofundada das práticas do SIASS na implementação do EPO e seus efeitos na saúde bucal dos servidores da UFAM. Adicionalmente, foram observados aspectos éticos na avaliação dos documentos.

Apesar de o estudo basear-se predominantemente em fontes secundárias, garantiu-se a conformidade com as diretrizes éticas de pesquisa, respeitando os princípios de confidencialidade, integridade e veracidade das informações. Sempre que possível, verificou-se a autorização para uso e divulgação dos dados, assegurando que as informações extraídas fossem utilizadas de forma ética e responsável. Por meio dessa abordagem, o estudo identificou boas práticas e desafios na implementação do EPO, oferecendo insights valiosos para gestores, profissionais de saúde e

formuladores de políticas públicas, e contribuindo para o avanço das políticas de saúde bucal no serviço público federal.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. EPO na Saúde Ocupacional

O modelo contemporâneo de assistência à saúde ocupacional é considerado uma construção coletiva que se desenvolveu desde o início da medicina ocupacional. Este modelo remonta suas origens à Carta de Ottawa, que foi introduzida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em novembro de 1986 (OMS, 1986).

Na conferência de Ottawa, as deliberações enfatizaram a necessidade de as nações priorizarem a prestação de cuidados de saúde que sejam equitativos e eficientes, a fim de atender à crescente demanda por serviços médicos decorrentes da industrialização e seus efeitos no bem-estar individual (OMS, 1986, p. 1).

Mendes e Dias (1991) afirmam que a saúde dos trabalhadores tem sido consistentemente um componente da atenção primária. No entanto, à medida que os processos de produção e a tecnologia evoluem em complexidade, novos desafios de saúde e doenças surgem. Essa evolução leva ao aumento da insatisfação entre os trabalhadores, que se encontram mais expostos a riscos e frustrados pelas limitações da medicina ocupacional em fornecer medidas preventivas eficazes.

Os autores indicam, ainda, que as preocupações desses trabalhadores têm exigido uma expansão do conhecimento em áreas emergentes de especialização técnica destinadas a melhorar os ambientes de trabalho. Consequentemente, as equipes dedicadas à saúde dos trabalhadores estão se expandindo e adotando uma abordagem mais multidisciplinar (Mendes & Dias, 1991).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, reconhece a saúde como direito social fundamental, e a Lei nº 8.112/1990, que rege o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, estabelece diretrizes para a promoção da saúde no ambiente de trabalho. A atenção à saúde do trabalhador público exige ações integradas, contínuas e voltadas à prevenção, o que inclui exames periódicos e o monitoramento das condições laborais (Brasil, 2012).

3.2. Políticas Públicas de Saúde Bucal: histórico e relevância do EPO

A saúde bucal sempre foi um desafio no campo das políticas públicas, especialmente no contexto do serviço público. No Brasil, a conscientização sobre a importância da saúde bucal no ambiente de trabalho começou a ganhar força com a evolução das políticas de saúde ocupacional. A Portaria Normativa nº 6, de 2012 (Brasil, 2012), do Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, representou um marco nesse sentido, ao integrar o EPO como parte das estratégias voltadas ao cuidado dos servidores públicos federais.

Historicamente, a relação entre saúde bucal e condições laborais é reconhecida desde o século XVIII, com Bernardino Ramazzini, considerado o "pai da medicina ocupacional", que observou doenças relacionadas ao trabalho. No Brasil, a Odontologia do Trabalho foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Odontologia em 2002, visando prevenir, diagnosticar e tratar doenças bucais relacionadas ao ambiente laboral. Essa trajetória histórica fundamenta a necessidade de políticas robustas como o EPO (Tannous & Silva, 2007; Conselho Federal de Odontologia, 2001).

A saúde bucal influencia diretamente a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e a produtividade dos trabalhadores. Estudos indicam que políticas preventivas bem implementadas podem reduzir significativamente os custos associados ao tratamento de complicações bucais. No contexto amazônico, esses desafios são ampliados devido às peculiaridades regionais, como dificuldades de acesso e escassez de infraestrutura odontológica (Andrade, 2024).

A relevância do EPO também se apoia na conscientização sobre a relação entre saúde bucal e doenças sistêmicas. Problemas como periodontites estão associados a condições crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares, reforçando a importância de programas preventivos (Sociedade Brasileira de Periodontia [SOBRAPE], 2021).

Com o intuito de estruturar ações voltadas à saúde e à qualidade de vida no serviço público federal, foi criado o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), por meio do Decreto nº 6.833/2009 (Brasil, 2009a). Esse subsistema promove a articulação entre instituições federais para oferecer atendimentos e ações em saúde.

O SIASS engloba atividades de perícia médica oficial, vigilância aos ambientes de trabalho, promoção da saúde e qualidade de vida. A realização de exames periódicos — incluindo o odontológico — é um dos instrumentos essenciais dessa política, permitindo a detecção precoce de agravos e a proposição de medidas de cuidado.

3.3. Implantação do EPO na UFAM

A implantação do EPO se baseia na Portaria Normativa nº 4/2009, do Ministro do Planejamento, Orçamento e Gestão, que regulamenta a realização dos exames periódicos no serviço público federal. No âmbito da UFAM, a experiência tem demonstrado avanços na organização do cuidado odontológico, embora ainda haja obstáculos quanto à participação dos servidores e ao reconhecimento da importância da saúde bucal como parte da saúde integral (Brasil, 2009b).

Na UFAM, o EPO foi inserido como parte das ações de saúde preventiva desenvolvidas pelo SIASS. O Exame é realizado em todos os servidores docentes e técnico-administrativos da UFAM, promovendo o rastreamento de alterações bucais, o acompanhamento de casos e a orientação educativa (Cohen-Carneiro et al., 2006).

Os exames periódicos odontológicos são fundamentais nesse contexto, pois permitem identificar lesões bucais em estágios iniciais, orientar quanto à higiene oral e reforçar práticas preventivas. A integração da Odontologia nas políticas de saúde do trabalhador ainda enfrenta desafios no Brasil, mas sua importância vem sendo gradativamente reconhecida por instituições públicas e privadas. Portanto, a implementação do EPO, aliada a estratégias adaptadas às especificidades regionais, mostra-se fundamental para superar os desafios da saúde bucal ocupacional no Brasil, especialmente em áreas como a Amazônia (Cohen-Carneiro et al., 2006).

O EPO surge como uma solução viável e eficiente para mitigar esses desafios. O EPO visa a promoção da saúde bucal no ambiente de trabalho, contribuindo para a redução do absenteísmo e do presenteísmo. No contexto amazônico, caracterizado por vastas distâncias e acesso limitado aos serviços de saúde, iniciativas como o EPO são particularmente relevantes. Programas que levam atendimento odontológico diretamente às comunidades ribeirinhas, utilizando embarcações adaptadas, têm demonstrado eficácia na melhoria da qualidade de vida dessas populações (Guedes Neta, Silva & Silva, 2024).

3.4. A interdisciplinaridade na saúde ocupacional e o impacto na saúde bucal

A interdisciplinaridade na saúde ocupacional tem se tornado uma estratégia essencial para garantir a promoção do bem-estar dos trabalhadores. A integração entre diferentes áreas da saúde permite uma abordagem mais ampla e eficaz na prevenção e no tratamento de doenças. A saúde bucal, frequentemente negligenciada no contexto ocupacional, está diretamente relacionada à qualidade de vida e ao desempenho profissional dos servidores. Estudos apontam que doenças periodontais e outras

condições bucais podem impactar a saúde geral, afetando desde o sistema cardiovascular até a saúde mental dos trabalhadores (Brasil. Ministério da Saúde, 2018).

A integração da odontologia com outras especialidades da saúde ocupacional fortalece a eficiência dos programas de prevenção, como o Exame Periódico Odontológico (EPO). Dessa forma, a interdisciplinaridade possibilita não apenas a detecção precoce de problemas bucais, mas também a identificação de fatores sistêmicos que podem comprometer a saúde do trabalhador. A saúde bucal tem uma relação direta com diversas condições sistêmicas. Segundo Mendes (2016), doenças periodontais estão associadas a um maior risco de doenças cardiovasculares, diabetes e problemas respiratórios. Isso se deve à disseminação de bactérias da cavidade oral para outras regiões do organismo, agravando processos inflamatórios crônicos.

Além disso, a interação entre odontologia e fisioterapia é essencial no tratamento de disfunções temporomandibulares (DTMs), que podem causar dores intensas na região da face e comprometer a produtividade do trabalhador. O acompanhamento multiprofissional possibilita um tratamento mais eficaz, considerando aspectos biomecânicos e musculares que influenciam a mastigação e a fala (Ministério da Saúde, 2018).

Estudos indicam que problemas odontológicos podem afetar significativamente a saúde mental dos trabalhadores. A dor crônica causada por condições bucais pode levar a quadros de ansiedade e depressão, afetando a qualidade de vida e a capacidade de desempenhar atividades laborais (Ministério da Saúde, 2018).

A interdisciplinaridade permite que dentistas e psicólogos atuem em conjunto na promoção de estratégias para minimizar o impacto emocional de problemas odontológicos, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável. Além disso, a orientação dos servidores sobre a relação entre saúde bucal e bem-estar psicológico pode favorecer uma melhor adesão a programas de prevenção, como o EPO.

No contexto da UFAM, a interdisciplinaridade pode ser aplicada por meio de parcerias entre dentistas, médicos do trabalho, fisioterapeutas e psicólogos no Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Essa colaboração visa melhorar a saúde ocupacional dos servidores, integrando diferentes perspectivas de cuidado e prevenção.

A implementação de programas de saúde bucal que contemplem a participação de diversas especialidades pode otimizar a identificação de fatores de risco no ambiente de trabalho, promovendo um atendimento mais completo e efetivo. Além disso, campanhas de sensibilização multidisciplinares podem aumentar a adesão dos servidores ao EPO, reforçando a importância da prevenção (Brasil, 2024).

Apesar dos benefícios da interdisciplinaridade na saúde ocupacional, ainda existem desafios a serem superados. Entre eles, destaca-se a necessidade de capacitação contínua dos profissionais envolvidos, garantindo que estejam aptos a trabalhar de forma colaborativa. Além disso, a resistência a mudanças institucionais pode dificultar a integração entre diferentes especialidades (Ministério da Saúde, 2018).

No entanto, oportunidades surgem com a implementação de protocolos de atendimento que favoreçam a atuação conjunta entre odontologia, medicina do trabalho, fisioterapia e psicologia. Dessa forma, é possível construir um modelo de assistência mais eficiente, que atenda de maneira integral às necessidades dos servidores. A interdisciplinaridade na saúde ocupacional é fundamental para garantir a qualidade de vida e o bem-estar dos trabalhadores. No contexto do Exame Periódico Odontológico, a integração entre diferentes áreas da saúde possibilita a prevenção de doenças e a promoção de uma assistência mais eficaz.

A implementação de estratégias que favoreçam a colaboração entre especialidades pode ampliar a adesão dos servidores ao EPO, garantindo melhores condições de trabalho e contribuindo para uma saúde integral. Dessa forma, o fortalecimento da interdisciplinaridade deve ser uma meta prioritária nas políticas de saúde ocupacional, especialmente no âmbito da UFAM e do SIASS.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Seleção dos Trabalhos Publicados

A análise dos dados coletados revelou informações relevantes sobre a implantação e o desenvolvimento do Exame Periódico Odontológico na Universidade Federal do Amazonas, evidenciando sua contribuição para a promoção da saúde bucal dos servidores docentes e técnico-administrativos.

4.1.1 Adesão dos Servidores ao EPO

Durante o período analisado, observou-se uma participação crescente dos servidores nos exames periódicos, embora o índice de adesão ainda esteja aquém do ideal. Fatores como

desconhecimento da obrigatoriedade do exame, receios em relação ao diagnóstico e dificuldades de agendamento foram apontados como barreiras à participação mais ampla.

Quadro 1: Principais barreiras encontradas na implementação do EPO na UFAM e as estratégias sugeridas para superá-las.

Desafios Identificados	Possíveis Soluções
Baixa adesão dos servidores	Campanhas educativas e incentivo à participação
Dificuldade de acesso em locais remotos	Teleodontologia e atendimentos itinerantes
Falta de infraestrutura adequada	Investimento em equipamentos e capacitação
Resistência à mudança de hábitos	Promoção de políticas de conscientização

Fonte: Brasil 2024. Documento interno do SIASS.

4.2. Principais Queixas, Diagnósticos e Condutas

A análise dos prontuários revelou que as queixas mais frequentes entre os servidores estavam relacionadas a dor dentária, sangramento gengival e hipersensibilidade. Contudo, uma parcela significativa dos atendimentos revelou ausência de sintomas, o que reforça o caráter preventivo do EPO. Foram observadas lesões de cárie, doença periodontal em diferentes estágios, desgaste dental e, em casos isolados, lesões suspeitas que exigiram encaminhamento para avaliação especializada.

Quadro 2 – Evolução dos diagnósticos e das adesões ao programa nos últimos cinco anos.

Ano	Servidores Avaliados	Casos de Doença Periodontal (%)	Casos de Cárie (%)
2018	48	38%	50%
2019	42	35%	48%
2020	Pandemia	0	0
2021	Pandemia	0	0
2024	30	25%	38%

Fonte: Brasil 2024. Documento interno do SIASS.

4.3. Percepção dos Servidores sobre o EPO

Os dados qualitativos obtidos por meio dos questionários evidenciam que a maioria dos servidores avaliou positivamente a realização do exame periódico odontológico, associando-o à prevenção de problemas bucais e ao fortalecimento da cultura do autocuidado. Alguns relatos mencionaram que, pela primeira vez, um profissional de saúde abordou sua saúde bucal de forma preventiva, fora do contexto da dor.

Outros servidores demonstraram desconhecimento prévio sobre a existência do EPO, sugerindo a necessidade de maior divulgação e incentivo institucional à participação. Os depoimentos indicam que, quando bem informado, o servidor tende a valorizar a iniciativa e a buscar acompanhamento contínuo.

Figura 2 – Divulgação do EPO na UFAM (Folder: frente e verso e Banner).



Fonte: Brasil 2024. Documento interno do SIASS.

4.4. O Papel do EPO nas Políticas de Saúde do Servidor

Os resultados apontam para a relevância do EPO enquanto ação integrada à política institucional de promoção da saúde, alinhada às diretrizes do SIASS. A inclusão da odontologia nesse contexto amplia o escopo da atenção à saúde do servidor, reforçando a perspectiva de cuidado integral e interdisciplinar.

Ainda que desafios como a baixa adesão e limitações estruturais persistam, o EPO mostra-se eficaz na detecção precoce de agravos bucais e no estímulo ao acompanhamento regular da saúde oral. A continuidade e ampliação dessa política dependem do fortalecimento das estratégias de educação em saúde e do engajamento institucional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EPO, implantado na UFAM por meio do SIASS, demonstrou-se uma ferramenta relevante na promoção da saúde bucal dos servidores técnico-administrativos. A análise dos dados obtidos revela não apenas o potencial preventivo da iniciativa, mas também os desafios relacionados à adesão e à consolidação de uma cultura de cuidado contínuo.

A experiência da UFAM evidencia a importância da integração da odontologia às políticas de saúde ocupacional, promovendo ações educativas, diagnósticos precoces e acompanhamento sistemático de agravos bucais. A participação ativa dos servidores, somada ao fortalecimento institucional das estratégias de divulgação e acolhimento, é fundamental para o êxito da proposta.

Conclui-se que o EPO representa um avanço nas ações de atenção à saúde do servidor público federal, podendo servir de referência para outras instituições no país. Seu aprimoramento depende do investimento contínuo em infraestrutura, equipe e sensibilização dos usuários, visando à consolidação de uma política pública abrangente, preventiva e humanizada.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, R. O. (2024) Os desafios de acesso à saúde bucal no Amazonas. Science Arena. Recuperado de: <https://www.sciencearena.org/noticias/os-desafios-de-acesso-a-saude-bucal-no-amazonas/> Acessado em 16 de janeiro de 2025

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Brasil. (1978). Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde. Organização Mundial da Saúde. Disponível em https://www.who.int/publications/almaata_declaration Acessado em 11 de dezembro de 2024

Brasil. (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acessado em 09 de dezembro de 2024

Brasil. (2009a). Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do servidor público federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm. Acessado em 15 janeiro de 2025

Brasil. Ministério da Gestão e Inovação em Serviços Públicos. (2024). Relatório do SIASS 2024. Documento interno

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2009b) Portaria Normativa SRH nº4, de 15 de setembro de 2009. Estabelece orientações para aplicação do Decreto nº 6.856, de 25 de maio de 2009, que dispõe sobre os exames médicos periódicos dos servidores dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Disponível em http://www.sugep.ufrpe.br/sites/ww2.sugep.ufrpe.br/files/saude/port_norm_4_srh2009.pdf. Acessado em 22 de janeiro de 2025

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Portaria Normativa nº 6, de 23 de outubro de 2012. Institui diretrizes em saúde bucal para a promoção da saúde do servidor público federal. Disponível em: <https://www.gov.br/servidor/pt-br> Acessado em 12 de dezembro de 2024

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZESPARAAATENCAOEMSAUDEBUCALVersaoPreliminar03082017.pdf> Acessado em 03 dezembro de 2024

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acessado em 16 de dezembro de 2024

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. (2021). Guia de Vigilância em Saúde: Volume 3. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6ed_v3.pdf Acessado em 18 de dezembro de 2024

Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., Pontes, D. G., Salino, A. V., & Rebelo, M. A. B. (2006). Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1811-1820.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/XmGdjxYWtnTWjVPhv5q5FrH/abstract/?lang=pt> Acessado em 05 de dezembro de 2024

Conselho Federal de Odontologia. (2001). Resolução CFO-22, de 27 de dezembro de 2001. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2001/22> Acessado em 08 de janeiro de 2025

Guedes Neta, M. C., Silva, M. E. A., & Silva, R. V. (2024). Acesso à saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS): desafios e perspectivas. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/2233> Acessado em 10 de janeiro de 2025

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2021). Fundamentos de metodologia científica (8ª ed.). Atlas.

Martins, C. M., Soares, G. B., Alves, M. F., Bonfietti, L. H. S., & Garbin, A. J. I. (2015). https://www.researchgate.net/publication/275888356-Projeto_Amazonas_atencao_em_saude_bucal_nas_comunidades_ribeirinhas_de_Sao_Gabriel_da_Cachoeira_-_AMRevista_Pro-Ex, 6(1), 45-50. Acessado em 12 de dezembro de 2024

Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Revista de Saúde Pública, 25(5), 341-349. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNnhN3gYfKbMjvd/> Acessado em 04 de dezembro de 2024

Minayo-Gomez, C. M., & Thedim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo de saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública, 13(Suppl 2), 21-32. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/hzMjNqpFZ6hXfg3BxqRpbQg/> Acessado em 02 de dezembro de 2024

Sociedade Brasileira de Periodontia. (2021). A relação entre saúde bucal e doenças sistêmicas. <https://www.sobrape.org.br/doencas-periodontais-e-sistemicas>. Acessado em 02 de dezembro de 2024

Tannous, R. A., & Silva, U. A. (2007). Revisão de literatura: Odontologia do trabalho: aplicabilidade e importância na saúde bucal do trabalhador. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 9(3). Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/598> Acessado em 14 de dezembro de 2024

Universidade Federal do Amazonas. (2019). Com uso de método inovador, Siass avalia a saúde bucal e organismo do paciente como um todo. Disponível em: <https://www.ufam.edu.br/noticias-destaque/510-siass-visita-unidades-fora-da-sede-para-levarsaude-a-servidores-da-ufam.html> Acessado em 10 de janeiro de 2025



Produção acadêmica sobre a gestão da EBSEH: uma análise quantitativa e qualitativa.

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Sandro Morete de Queiroz¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

A gestão de saúde no Brasil enfrenta desafios relacionados ao aumento da demanda e à limitação de recursos. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares visou reestruturar a administração dos hospitais universitários federais. Este estudo teve como objetivo analisar a produção científica sobre a gestão da EBSEH, identificando tendências, metodologias e desafios. Utilizou-se revisão sistemática com abordagem mista (qualitativa e quantitativa), com buscas nas bases Web of Science e Scopus e análise bibliométrica. A análise das publicações revela diversos desafios à gestão da EBSEH, além de reflexões e conclusões que podem contribuir com inovações e melhorias na administração pública. Conclui-se que, apesar de avanços, é necessário alinhar a gestão aos princípios do SUS e à missão educacional dos hospitais.

Palavras-chave

EBSEH. Hospitais Universitários Federais. Gestão Hospitalar. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Health management in Brazil faces challenges related to increasing demand and limited resources. The creation of the Brazilian Hospital Services Company aimed to restructure the administration of federal university hospitals. This study aimed to analyze scientific production on the management of EBSEH, identifying trends, methodologies, and challenges. A systematic review with a mixed approach (qualitative and quantitative) was used, with searches on the Web of Science and Scopus databases and bibliometric analysis. The analysis of the publications reveals various challenges to the management of EBSEH, as well as reflections and conclusions that can contribute to innovations and improvements in public administration. The conclusion is that, despite progress, it is necessary to align management with the principles of the SUS and the educational mission of hospitals.

Key words

EBSEH. Federal University Hospitals. Hospital management. Health management.

1. Mestre em Gestão de Cuidados da Saúde pela Must University. Especialista em Citologia Clínica Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Graduada em Farmácia e Análises Clínicas pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). No momento atua como Farmacêutico Bioquímico no Hospital universitário Getúlio Vargas e na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas. E-mail: san_morete@hotmail.com.

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.moed@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A área da saúde, principalmente no Brasil, é constantemente assolada por problemas, como aumento das demandas dos serviços e limitação de recursos financeiros, materiais e pessoais. Propostas de soluções, criação e implementação de novas estruturas de gestão são necessárias para superar os inúmeros desafios e incorporar as inovações nos sistemas de saúde (Vieira et al., 2023).

Atualmente, a gestão hospitalar é uma atividade complexa, independentemente da sua localização e de sua natureza pública ou privada. Algumas gestões enfrentam situações mais desafiadoras, como insuficiência de recursos financeiros para garantir a demanda dos serviços e a incapacidade técnica para o gerenciamento dos recursos disponíveis (Farias & Araujo, 2017). Com a elaboração da Lei n.º 8.080, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) das universidades brasileiras, por meio de convênio, passaram a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS), permanecendo a sua gestão com o Ministério da Educação (MEC) (Brasil, 2022).

A necessidade de uma gestão moderna, estratégica e operacional, somada ao pressuposto da ineficiência da gestão pública e aos altos custos demandados pelos HUFs, fortaleceu a iniciativa da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). Proposta essa apresentada pelo governo federal, como a solução para os problemas e desafios da gestão dos hospitais nas universidades federais, que contou com a adesão dos gestores das universidades federais (Abbade, 2022).

A partir de 2011, as HUFs passaram por uma significativa mudança no modelo de gestão, com a criação e a implementação da EBSEH, modificando a gestão exclusivamente pública para uma gestão empresarial com foco na produtividade (Fernandes, Castro & Zacaron, 2024). Hospitais de ensino são estratégicos para os sistemas de saúde por terem as funções assistencial, ensino e pesquisa, o que gera desafios relacionados à organização, à gestão dos processos de trabalho e à formação profissional. A reflexão sobre essas problemáticas contribui para a identificação de problemas comuns de gestão e para a propagação de conhecimentos para contorná-los (Scherer et al., 2018).

Compreender a produção científica sobre esse modelo de gestão e identificar padrões e tendências pode contribuir para futuras melhorias na administração hospitalar pública, assim como a identificação dos temas mais recorrentes contribuirá para destacar quais aspectos da gestão hospitalar necessitam de maior escrutínio acadêmico. Nos processos de implantação e implementação, desafios como resistência à mudança, adequação à realidade dos hospitais universitários e limitações

orçamentárias são recorrentes; identificar esses problemas, assim como a evolução administrativa e financeira dos hospitais universitários, pode contribuir como referência para a gestão em outras instituições públicas no Brasil.

O presente estudo analisou a produção científica relacionada à gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) nos hospitais universitários do Brasil. Identificando os principais indicadores bibliométricos dos documentos publicados sobre o tema da pesquisa, e apontando as principais tendências de pesquisa, temas recorrentes, metodologias empregadas e áreas de foco nos estudos sobre a gestão da EBSEH. Assim como, verificou e indicou os principais desafios enfrentados durante a implementação e no decorrer da gestão nos hospitais universitários. Por fim, objetivou-se indicar e analisar as principais conclusões e recomendações elaboradas pelos autores, relacionadas à implementação e melhoria dos processos da atividade hospitalar, das tecnologias e inovações implantadas na gestão dos hospitais universitários.

2. METODOLOGIA

A revisão sistemática da literatura é uma técnica de pesquisa que segue protocolos pré-estabelecidos, visando à reprodutibilidade por outros pesquisadores. Apresenta coerentemente a questão a ser pesquisada, as bases de dados bibliográficos, as estratégias de busca nas bases científicas, os critérios de inclusão e exclusão dos artigos científicos, os processos de seleção e análise dos artigos científicos e as limitações dos artigos e da própria pesquisa (Galvão & Ricarte, 2019). A pesquisa com métodos mistos combina os métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos e tem por objetivo generalizar os resultados qualitativos, ou aprofundar a compreensão dos resultados quantitativos, ou corroborar os resultados qualitativos, ou quantitativos (Galvão, Pluye & Ricarte, 2018). No desenvolvimento da pesquisa as buscas foram realizadas nos meses de março e abril de 2025, por trabalhos publicados contextualizando a gestão da EBSEH nas bases de dados *Web of Science* e *Scopus*. Essas bases de coleções foram selecionadas em virtude da relevância acadêmica e da cobertura abrangente das publicações científicas, incluindo vários tipos de publicação e de banco de dados.

Nos indexadores foram realizadas as pesquisas com os descritores EBSEH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, gestão, gestão dos hospitais universitários, gestão hospitalar, nas seguintes combinações com os operadores booleanos: 1. “EBSEH” or “Brazilian hospital services company” or “management of university hospitals”; 2. “EBSEH” or “Brazilian hospital services

company" and "hospital management"; 3. "EBSEH" or "Brazilian hospital services company" and "management of university hospitals"; e 4. "EBSEH" or "Brazilian hospital services company" and "management". Para um resultado com maior especificidade e maior número de documentos ligados ao tema, a busca nas bases ficou restrita aos tópicos, título, resumo e palavra-chave e ao intervalo temporal do período de 2014 a 2025. Com a inclusão de documentos nos idiomas português, inglês e espanhol, e com a exclusão de documentos do tipo carta, errata, nota, editorial e os indefinidos.

Após a eliminação de duplicatas, os resultados das bases de dados foram refinados em duas etapas: leitura de título, resumo e palavras-chave, seguidas da introdução e conclusão. Os estudos sobre a gestão da EBSEH nos hospitais universitários brasileiros foram lidos na íntegra, permitindo a análise de tendências, temas, metodologias, áreas de foco, desafios e recomendações. Para a análise quantitativa, os dados finais foram tratados na plataforma *Biblioshiny*, interface do *Bibliometrix*.

3. GESTÃO EM SAÚDE

De acordo com Vieira et al. (2023), a gestão em saúde, como prática administrativa, busca aprimorar as organizações por meio de ações eficientes e efetivas, combinando adequadamente os recursos disponíveis para alcançar seus objetivos. Isso porque a falta de qualidade nos cuidados de saúde compromete os seus resultados, causa danos evitáveis e gera custos desnecessários para instituições de saúde, financiadores, governo e sociedade.

Acrescentando essa assertiva, para Santos (2020, p.2), “o processo de gestão em saúde exige medidas de planejamento, alocação de recursos escassos, avaliação de desempenho e outras atividades básicas de administração, além de reuniões de equipe, padronização de procedimentos, coordenação, direção e controle”. Outro ponto essencial da gestão em saúde é a garantia da qualidade. Os cuidados de saúde, assim como qualquer outro serviço, podem ser avaliados e mensurados, identificando, assim, se estão adequados ou não ao objetivo de fornecer assistência em saúde de qualidade aos seus usuários (Chakraborty et. al, 2023).

A partir da criação do SUS, o modelo de participação e gestão dos hospitais públicos vem sendo reestruturado e reformulado por diversas leis e regulamentos, com o suposto objetivo de aprimorar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde e o desempenho da gestão hospitalar. Mas, apesar dessas mudanças, a gestão dos hospitais públicos tem como obstáculo justamente a legislação que não favorece as iniciativas de mudança e inovação necessárias para promover novas modalidades e estratégias de gestão (Corrêa, 2020).

3.1 EBSEH

A EBSEH teve sua criação inicialmente proposta pela MP n.º 520/2010, inspirada no modelo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mas não foi aprovada devido à pressão social. Em 2011, o governo reapresentou a proposta por meio do PL n.º 1.749/2011, incorporando ajustes e justificando-se com questionamentos do TCU e MPF sobre os hospitais universitários. O projeto resultou na sanção da Lei n.º 12.550/2011 em 15 de dezembro, oficializando a criação da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSEH], 2019).

Conforme seu estatuto social, a EBSEH é considerada uma empresa pública de capital fechado, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, com prazo de duração indeterminado. Segundo a Lei n.º 12.550, art. 4º, compete à EBSEH administrar unidades hospitalares; prestar serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão; apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa e a implementação de sistema de gestão único (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSEH], 2025a).

As primeiras universidades a firmarem contrato com a EBSEH em 17 de janeiro de 2013 foram as do Triângulo Mineiro (UFMT), do Maranhão (UFMA) e de Brasília (UnB), marcando o início da reestruturação dos hospitais universitários. A adesão é feita por meio de Termo de Adesão e Contrato, respeitando a autonomia universitária. Atualmente, 45 dos 51 hospitais universitários federais estão vinculados à Rede EBSEH, com a maioria das adesões ocorrendo entre 2013 e 2014 (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSEH], 2019).

Consoante o seu Estatuto Social (2024), a empresa é composta pela Administração Central, pelos hospitais universitários federais, escritórios, representações, dependências, filiais e subsidiárias por ela criadas (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares [EBSEH], 2025b). Na estrutura hospitalar, o padrão organizacional da EBSEH é estabelecido conforme a classificação do tipo hospitalar, sendo quatro tipos existentes, sendo os tipos I, II, III e IV.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Seleção dos Trabalhos Publicados

A pesquisa utilizou quatro combinações de descritores, resultando em listas distintas de documentos por base de dados. Após a consolidação, eliminação de duplicatas e aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e leitura prévia, obteve-se uma lista final por base. O quadro 1 resume as etapas da busca e a quantidade de documentos em cada fase.

Quadro 1 - Etapas da busca e seleção e refinamento da amostra.

Combinações dos descritores	Número de artigos por Base		Total
	Web of Science	Scopus	
"EBSEH" or "Brazilian hospital services company" or "management of university hospitals"	28	20	48
"EBSEH" or "Brazilian hospital services company" and "management of university hospitals"	12	0	12
"EBSEH" or "Brazilian hospital services company" and "hospital management"	13	3	16
"EBSEH" or "Brazilian hospital services company" and "management"	17	9	26
Crítérios de exclusão, inclusão e seleção	25	17	42
Seleção leitura prévia	10	8	18
Combinação no Biblioshiny		10	
Total de documentos		10	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo Galvão e Ricarte (2019), a revisão de literatura sobre temas muito recentes, pouco estudados é recomendável também que, além das bases citadas, sejam consultados os repositórios de teses e dissertações, assim como o buscador *Google Acadêmico*, por serem mais abrangentes. Porém, esses recursos são úteis quando o objetivo é fazer uma revisão sistemática de caráter exaustivo, incluindo artigos científicos, livros, teses, dissertações e literatura cinzenta.

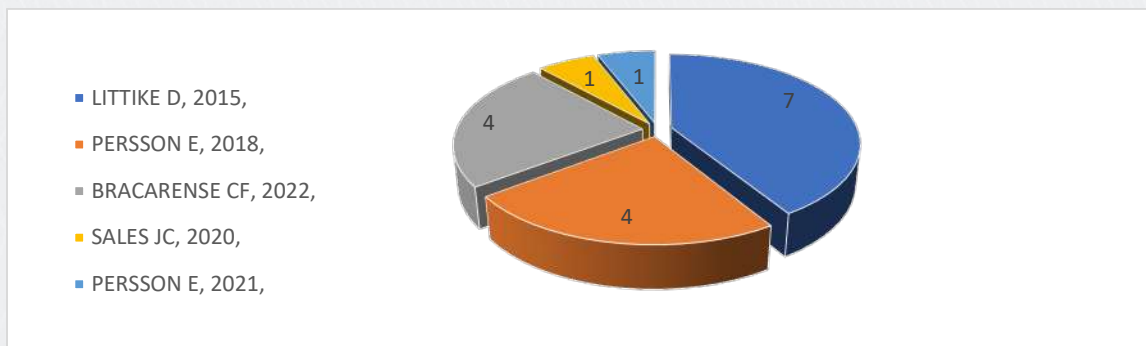
4.2. Análise dos Indicadores Bibliométricos

A análise bibliométrica dos dados apontou como dados principais que, entre 2015 e 2025, foram identificados 10 artigos científicos sobre o tema, provenientes de 7 fontes distintas. Não houve

crescimento anual na produção, sugerindo estabilidade ou inércia no interesse acadêmico. A idade média das publicações é de 4,9 anos, indicando que parte do material é recente. As citações por artigo foram baixas, o que pode estar ligado à especificidade do tema ou à dificuldade de acesso das pesquisas. A maioria dos trabalhos foi realizada em coautoria, evidenciando colaboração científica, somente um artigo teve envolvimento internacional.

Dos 34 autores, somente um publicou mais de um artigo, padrão que se alinha à Lei de *Lotka*, que, segundo Voese e Mello (2013, p.6), “alguns pesquisadores publicam muito e muitos pesquisadores publicam pouco. Essa lei enuncia que a relação entre número de autores e número de artigos publicados por esses, independentemente de qualquer área científica, segue a lei do inverso do quadrado”. No indicador de citação global dos trabalhos, o artigo mais citado foi o de Littike e Sodré (2015), com sete citações, seguido pelos de Persson e Neto (2018) e Bracarense et al. (2022), com quatro citações cada, conforme gráfico 1.

Gráfico 1 - Citação global dos documentos

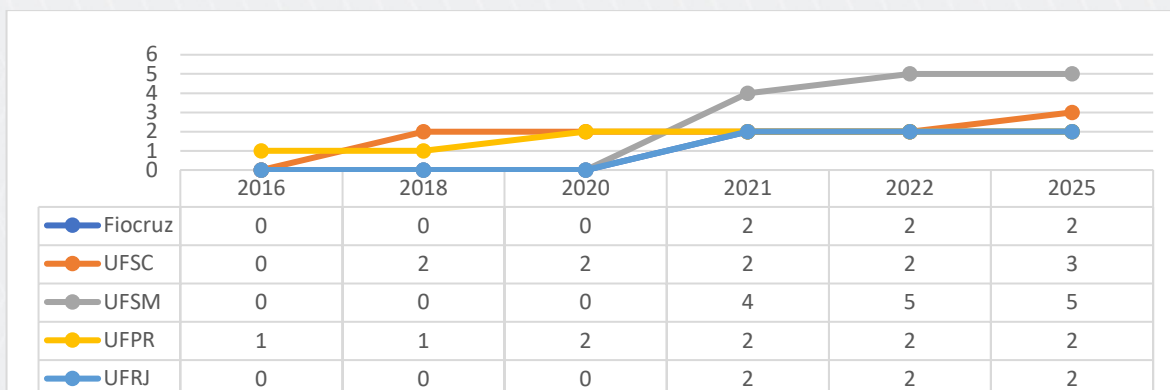


Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do *Biblioshiny*.

A análise da produção científica por afiliações, conforme gráfico 2, revela concentração nas instituições do sul do Brasil, com destaque para a UFSM pelo volume e constância de publicações desde 2021. UFSC e UFPR apresentaram padrão anual linear, enquanto UFRJ e Fiocruz iniciaram suas contribuições em 2021, mantendo produção estável até 2025.

A diferença entre o número de documentos por instituição e o total exportado para o *Bibliometrix* deve-se ao modelo de contagem total da ferramenta, que contabiliza cada afiliação presente nos artigos. Assim, em casos de coautoria entre instituições, todas são registradas, elevando o número de produções institucionais. Essa prática, comum em análises bibliométricas, evidencia o grau de colaboração entre instituições (Aria & Cuccurullo, 2017).

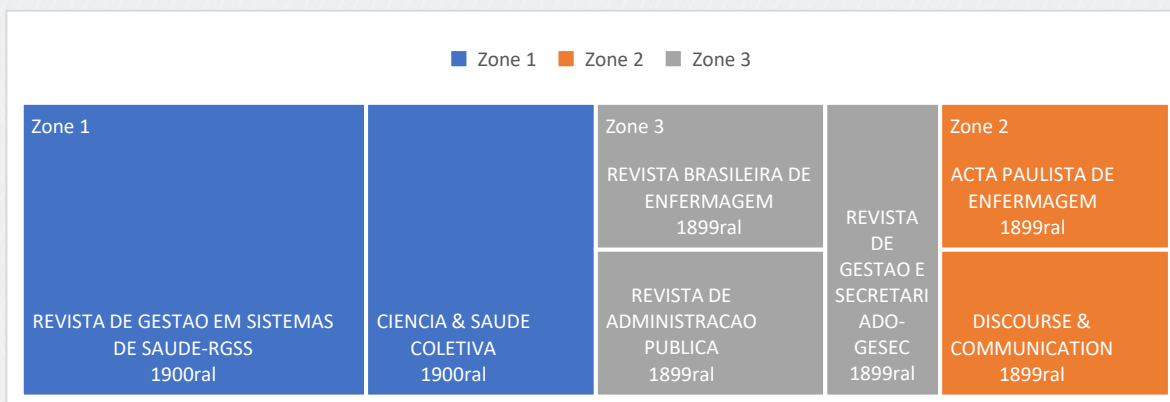
Gráfico 2 - Produção anual de artigos por afiliação.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do *Biblioshiny*.

Conforme observado no gráfico 3, do total de dez artigos, sete foram publicados em periódicos voltados à gestão em saúde, saúde coletiva e administração de políticas públicas, com destaque para a Revista de Gestão em Sistemas de Saúde (RGSS) e a Ciência & Saúde Coletiva. As zonas, conforme a lei de *Bradford*, identificam aqueles mais produtivos e relevantes da área da pesquisa, e segundo Voese e Mello (2013, p5), “os periódicos que produzem o maior número de artigos sobre determinado assunto formam um núcleo de periódicos supostamente de maior qualidade ou relevância naquela área”.

Gráfico 3- Fontes por zona (lei de *Bradford*) e número de artigos.



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do *Biblioshiny*.

4.3 Perfil Temático, Metodológico e Disciplinar das Publicações

Nesta etapa, buscaram-se identificar padrões temáticos, metodológicos e disciplinares nas pesquisas selecionadas. A categorização considerou: a técnica metodológica e as fontes de

informação utilizadas; e, quanto ao campo disciplinar, adotaram-se as categorias da base indexadora *Web of Science*.

O quadro 2 sintetiza os resultados dessa abordagem, nele identifica-se o perfil dos trabalhos. No perfil temático, observa-se uma inclinação significativa nos estudos ao tema voltado para a qualidade e eficiência dos serviços. A análise metodológica evidenciou predominância de abordagens qualitativas, com uso principal de dados documentais e bibliográficos, mas com diversidade de fontes, indicando buscas por análises mais amplas e fundamentadas. No campo disciplinar, observou-se um caráter multidisciplinar nas publicações sobre a gestão da EBSERH, refletindo a abrangência do tema em diferentes áreas da estrutura hospitalar universitária.

Quadro 2 - Perfil das publicações sobre a gestão da EBSERH.

Título do Trabalho	Temas	Metodologia	Campo
O Impacto da Gestão da EBSERH na Produção dos Hospitais Universitários Brasileiros (Abbade, 2022).	Qualidade e Eficiência dos Serviços	Quantitativa; documental	Saúde Ocupacional Ambiental Pública
Impactos nos Níveis de Eficiência do Hospital Universitário de Santa Maria: Antes e Depois da Contratação da EBSERH (Mayer, Paines & Coronel, 2021).	Qualidade e Eficiência dos Serviços	Misto; bibliográfica e Documental	Gestão
Ideologia e Discurso na Esfera Pública: Uma Análise Crítica do Discurso de Debates Públicos em uma Universidade Pública Brasileira (Persson & Neto, 2018).	Desafios da Implantação	Qualitativa; bibliográfica e Documental	Comunicação
Aplicabilidade do Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais. (Silva e Assis 2016)	Gestão	Qualitativa; bibliográfica e Documental	Serviços de Política de Saúde
Continuidade do Cuidado: Ações Realizadas em Hospitais Universitários Brasileiros. (M'batna et al., 2024).	Qualidade e Eficiência dos Serviços	Quantitativa; documental	Enfermagem
Clima organizacional e intenção de rotatividade de enfermeiros: um estudo de método misto (Bracarense et al., 2022).	Gestão de Pessoas	Misto; Bibliográfica e Experimental	Enfermagem
Empresa brasileira de serviços hospitalares: Resultados para usuários da gestão de política pública na área da saúde (Sales & Peixe, 2020).	Qualidade e Eficiência dos Serviços	Quantitativa; bibliográfica e Documental	Serviços de Política de Saúde
Um Olhar Exploratório sobre Hospitais Universitários Federais Selecionados de Acordo com os Modelos de Gestão Vigentes de 2012 a 2017 (Andreazzi et al., 2021).	Gestão	Qualitativa; documental	Serviços de Política de Saúde
Compreendendo a Estratificação e a Híbridaização Profissional na Profissão Médica: Evidências Exploratórias de Hospitais	Gestão de Pessoas	Qualitativa; Experimental	Administração pública

Universitários Federais Brasileiros (Persson, Ferlie & Baeza, 2021).			
A Arte da Improvisação: O Processo de Trabalho de Administradores de um Hospital Universitário Federal (Littike & Sodré, 2015).	Gestão de Pessoas; Desafios da Implantação	Qualitativa; Experimental	S��de Ocupacional Ambiental Pública

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.4. Principais Desafios Gerenciais e Considerações Finais Apontados Pelos Autores Sobre a EBSEH

A análise das publicações revela que os autores destacam diversos desafios enfrentados pela gestão da EBSEH, além de apresentarem reflexões e conclusões que podem contribuir com inovações e melhorias na administração pública. Embora os estudos abordem diferentes temas, alguns problemas são recorrentes entre os autores. Os principais desafios e considerações são sistematizados no quadro 3.

Quadro 3 - Principais desafios e considerações por autor.

Principais Desafios	Considerações / Conclusões
Littike & Sodré (2015)	
Improviso, imprevisibilidade e impotência na gestão com um modelo de s��de-fábrica, favorecendo: r�idos de comunicação, conflitos, morosidade e desmotivação no trabalho; diferenças de vínculos empregatícios; e resistência às decisões. Planejamento estratégico burocrático e ferramentas de gestão antiquadas.	Evitar o improviso contínuo. Modernização pela EBSEH não condiz com os serviços de um hospital-escola. Ampliação de estudos sobre novas tecnologias p��licas para gestão. Gestão sob a perspectiva de justiça social.
Silva & Assis (2016)	
Readequação na base do planejamento estratégico. Ações estratégicas com formulação inadequada da meta e da quantificação dos objetivos. Componentes de controle sem registrados. Ausência de definição de missão, visão e valores. Falta de clareza na formulação de ações, objetivos e metas.	Aperfeiçoamento do modelo conforme grandes nomes da literatura. Revisão das não conformidades na definição de missão, visão e valores, e na formulação de a��o, objetivos e metas no processo de recuperação dos hospitais universitários federais.
Persson & Neto (2018)	
Polarização ideológica; pressão para adesão � EBSEH, com restrição de recursos e de contratação de servidores. Processo de decisão, com proposta única e sem autonomia. Gerencialismo e sistemas administrativos e de desempenho sem conexão com o ensino acadêmico e a pesquisa. Diminuição da autonomia universitária.	A crise de escassez e precarização de pessoal nos hospitais sustentou o discurso político do governo federal na promoção da adesão � EBSEH. Os princípios do modelo se baseiam na ideologia neoliberal capitalista.
Andreazzi, Gomes, Pérez, Azevedo & D'almeida (2021)	

Déficit na incorporação tecnológica aos equipamentos hospitalares. Manutenção de pessoal terceirizado na gestão EBSERH. Grande heterogeneidade dos vínculos empregatícios. Insignificância nas diferenças na administração dos recursos e na eficiência relacionadas à mudança do modelo de gestão.	Valorizar os fatores internos aos hospitais e as estratégias implementadas pela sua gestão. Estimular a participação dos sujeitos sociais do ambiente interno nas decisões. A satisfação com o trabalho e a capacidade de liderança dos gestores são pontos relevantes da gestão.
Sales & Peixe (2020)	
Transição de gestão. Evolução quantitativa de internações, consultas e exames em geral estatisticamente insignificante após a gestão EBSERH. Quadro de pessoal insuficiente, permanência de funcionários não concursados e de relações conflituosas entre trabalhadores com diferentes vínculos.	Promover a discussão dos desdobramentos da criação da Ebserh, incentivar o controle social por meio da divulgação dos resultados. Investigar o impacto da Ebserh ao nível nacional na produção ambulatorial e hospitalar, referente aos hospitais universitários da rede.
Persson, Ferlie & Baeza (2021)	
Cumprir os objetivos do REHUF com uma gestão mais eficiente. Aumento das disparidades intraprofissionais. Uma assistência médica dissociada do trabalho acadêmico. Hibridização e fragmentação profissional. Precarização dos vínculos organizacionais subjetivos e objetivos. Diferença de planos de carreira, vínculos e regimes empregatícios.	A transferência da administração para a EBSERH causa uma estratificação interna da força de trabalho médica. Contratos de emprego distintos e sistemas gerenciais de controle do trabalho modificam os vínculos subjetivos e formais estabelecidos entre os profissionais, as universidades e os hospitais.
Mayer, Paines, Coronel & Ribeiro (2021)	
Macroproblemas: estrutura física inadequada; parque tecnológico defasado; e modelo de gestão inadequado. Recomposição do quadro de pessoal, capacitação profissional. Adoção de instrumentos de planejamento e monitoramento de metas e ações.	Modelo EBSERH apresentou mudanças positivas na gestão do HUSM. Maior fluidez dos processos internos. Capacitação de gestores e funcionários. Implementação total do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Conclusão da reestruturação física.
Abbade (2022)	
Diferenças no resultado da gestão entre os hospitais, por possível insuficiência de recursos físicos, financeiros e de infraestrutura organizacional. Complexidade e tensionamentos nos HUFs em vista de seus objetivos de assistência à saúde, formação e pesquisa, e do seu papel na articulação das políticas de educação e saúde.	EBSERH indica o elevado potencial de aprimoramento e eficiência para a saúde pública. Sugere investigação mais detalhada, além dos indicadores, de estudos comparativos com hospitais semelhantes não EBSERH, e de pesquisas mais específicas da gestão hospitalar pública.
Bracarense et al. (2022)	
Atuação e apoio insuficiente da chefia e da organização; pouca comunicação e deliberações verticalizadas e centralizadas; falta de reconhecimento profissional; gestão não participativa; distintos vínculos empregatícios; equipamentos e condições de trabalho inadequadas.	Clima organizacional dicotomizado. Ações participativas nos pontos negativos que favorecem a rotatividade; necessidade de pesquisas na produção do conhecimento sobre o clima organizacional.
M'batna et al. (2024)	
Aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Consolidação da continuidade do cuidado na prática gerencial e clínica nas instituições hospitalares. Fatores regionais dos serviços de saúde, baixa concentração de profissionais e especialistas na área de saúde. Políticas de saúde e condições estruturais dos serviços.	Desenvolver ações para a continuidade do cuidado. Alta segura, gestão clínica, discussão de casos, enfermeira de ligação, reguladores e educação permanente. Estratégias e estudos para identificar, desenvolver e implementar as técnicas de continuidade no SUS.

Fonte: Elaborado pelo autor com base nas publicações incluídas na pesquisa.

O modelo de gestão hospitalar, criado para recompor os recursos humanos, não resolveu essa questão e gerou novos desafios, como vínculos empregatícios heterogêneos, diferenças salariais, de carga horária e planos de carreira, o que resultou na precarização dos vínculos organizacionais e alta rotatividade, afetando a qualidade dos serviços e sua função acadêmica. Além disso, conforme relatos nas pesquisas analisadas, falhas no planejamento estratégico, uso de práticas administrativas obsoletas, gestão improvisada e defasagem tecnológica comprometem a eficiência da gestão, contrariando a promessa de melhoria nos hospitais universitários.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das análises demonstram que, embora este modelo de gestão tenha sofrido resistências, ele hoje está implantado na grande maioria dos hospitais universitários com significativos avanços administrativos e estruturais. Porém, desafios ainda persistem em várias áreas, com destaque para a gestão de pessoal, com a diferença de contratos de trabalho e a falta de vínculo organizacional. A criação da EBSEH introduziu lógicas gerencialistas nos HUFs, muitas vezes em desacordo com os princípios do ensino e da pesquisa, sem alcançar plenamente os objetivos de eficiência e modernização. A literatura destaca a necessidade de investimentos públicos e estratégias de gestão alinhadas ao SUS e à missão educacional dos hospitais universitários.

Considerando que o Brasil é um país de dimensões continentais, com diferenças regionais, sociais e culturais significativas, recomenda-se que sejam realizados estudos analíticos e avaliativos de abrangência nacional. Mas que considere o contexto regional e as características institucionais para o desenvolvimento das pesquisas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbade, E. B. (2022). O impacto da gestão EBSEH na produção dos hospitais universitários do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3), 999–1013. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.44562020>. Acessado em 20 de março de 2025.

Andreazzi, M. de F. S., Gomes, L. S., Pérez, M. de A., Azevedo, N. R. P., & D'almeida, L. V. L. da S. (2021). Um olhar exploratório sobre hospitais universitários federais selecionados segundo modelos de gestão de 2012 a 2017. *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 10(3), 238–252. <https://doi.org/10.5585/rgss.v10i3.17204>. Acessado em 20 de março de 2025.

Aria, M., & Cuccurullo, C. (2017). Bibliometrix: Uma ferramenta R para análise abrangente de mapeamento científico, *Journal of Informetrics*, 11(4), pp 959-975, Elsevier, DOI: 10.1016/j.joi.2017.08.007. Acessado em 10 de março de 2025.

Bracarense, C. F., Costa, N. dos S., Raponi, M. B. G., Goulart, B. F., Chaves, L. D. P., & Simões, A. L. de A. (2022). Clima organizacional e intenção de rotatividade de enfermeiros: um estudo de método misto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0792>. Acessado em 20 de março de 2025.

Brasil. (2022). Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Planalto.gov.br. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acessado em 17 de março de 2025.

Chakraborty, S. B., Chakraborty, M. A., Nayek, S., & Sinha, D. K. (2023). Health care administration and management. Academic Guru Publishing House. https://www.researchgate.net/profile/Sumit-Nayek/publication/371276433_Health_Care_Administration_And_Management/links/647b8097d702370600cf7ba9/Health-Care-Administration-And-Management.pdf. Acessado em 17 de março de 2025.

Corrêa, D. S. R. C. (2020). Comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando análise envoltória de dados - proquest. Proquest.com. <https://www.proquest.com/openview/185426b2017c11f98d579a3e56f65df9/1?cbl=2026366&diss=y&loginDisplay=true&pq-origsite=gscholar>. Acessado em 15 de março de 2025.

EBSEH. (2019). EBSEH 10 anos. EBSEH. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/ebserh-10-anos>. Acessado em 20 de março de 2025.

EBSEH. (2025a). Legislação e Normas Institucionais. EBSEH. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao-e-normas/rede-ebserh>. Acessado em 20 de março de 2025.

EBSEH. (2025b). Estrutura organizacional. EBSEH. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional>. Acessado em 20 de março de 2025.

Farias, D. C., & Araujo, F. O. (2017). Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>. Acessado em 10 de março de 2025.

Fernandes, R. B., Castro, M. M. C. & Zacaron, S. S. (2024). Trabalho e formação profissional nos hospitais universitários: Impactos nas residências em saúde. *Serviço Social & Sociedade*, 147(1). <https://doi.org/10.1590/0101-6628.407>. Acessado em 20 de março de 2025.

Galvão, M. C. B., Pluye, P., & Ricarte, I. L. M. (2017). Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: Conceitos, construção e critérios de avaliação. *InCID: Revista de Ciência Da Informação e Documentação*, 8(2), 4–24. <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v8i2p4-24>. Acessado em 10 de março de 2025.

Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2019). Revisão sistemática da literatura: Conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia Da Informação*, 6(1), 57–73. <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>. Acessado em 12 de março de 2025.

Littike, D., & Sodré, F. (2015). A arte do improviso: O processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3051–3062. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.00042015>. Acessado em 20 de março de 2025.

M’batna, A. J., Cechinel-Peiter, C., Costa, M. F. B. N. A. D., Cunha, C. L. F., Deb tio, J. O., Lemos, M., ... & Santos, J. L. G. D. (2024). Continuidade do cuidado: a es realizadas em hospitais universitários brasileiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 38, eAPE0003391.

Mayer, A. P. C., Paines, A. de T., Coronel, D. A., & Ribeiro, J. O. M. (2021). Impactos nos níveis de eficiência no hospital universitário de santa maria: Antes e após a contratação da EBSEH. *Revista de Gestão E Secretariado*, 12(2), 147–172. <https://doi.org/10.7769/gesec.v12i2.1197>. Acessado em 20 de março de 2025.

Persson, E., Ferlie, E. & Baeza, J. (2021). Compreendendo a estratificação profissional e hibridização na profissão médica: evidências exploratórias de hospitais universitários federais brasileiros. *Revista de Administração Pública*, 55(5), 1034–1076. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200792>. Acessado em 20 de março de 2025.

Persson, E., & Neto, L. M. (2018). Ideologia e discurso na esfera pública: uma análise crítica do discurso dos debates públicos em uma universidade pública brasileira. *Discourse & Communication*, 12(3), 278–306. <https://doi.org/10.1177/1750481318757765>. Acessado em 20 de março de 2025.

Sales, J. C., & Peixe, B. C. S. (2020). Empresa brasileira de serviços hospitalares: Resultados para usuários da gestão de política pública na área da saúde. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 9(2), 319–339. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i2.16399>. Acessado em 20 de março de 2025.

Santos, T. G. S. (2020). Gestão em saúde: determinantes organizacionais e individuais dos resultados em contexto hospitalar (Doctoral dissertation, Universidades Lusiada (Portugal)). <http://hdl.handle.net/11067/6042>. Acessado em 12 de março de 2025.

Scherer, M. D. A., Conill, E. M., Jean, R., Taleb, A., Gelbcke, F. L., Pires, D. E. P., & Joazeiro, E. M. G. (2018). Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2265–2276. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08762018>. Acessado em 10 de março de 2025.

Silva, C. L., & Assis, L. (2016). Aplicabilidade do planejamento estratégico em hospitais universitários federais. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 5(2), 39–56. <https://doi.org/10.5585/rgss.v5i2.257>. Acessado em 20 de março de 2025.

Vieira, R. V., dos Santos Cardoso, E. F., da Silva Franco, G., dos Santos, I. F., Umbelino, F. D. S. C., Silveira, Y. S., ... & Cavalli, L. S. (2023). A influência da gestão hospitalar eficiente na promoção da saúde: como está a relação entre administração e saúde atualmente? *Revista PsiPro*, 2(4), 16-41. <https://revistapsipro.com.br/index.php/psipro/article/view/55>. Acessado em 10 de março de 2025.

Voese, S. B., & Mello, R. G. de. (2013). Análise bibliométrica sobre gestão estratégica de custos no congresso brasileiro de custos: Aplicação da lei de Lotka. *Revista Capital Científico Eletrônica (RCCe)*, 11(1). Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/230462153.pdf>. Acessado em 10 de março de 2025.



Estudo e avaliação dos casos da COVID-19 no município de Marilândia, Espírito Santo (entre 2020 e 2022).

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Marília Bravin¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

O primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, e rapidamente se espalhou por diversos países. O presente estudo teve como objetivo analisar a expansão da COVID-19 no município de Marilândia, localizado no estado do Espírito Santo. Para isso, foram utilizados dados provenientes do sistema eSUS-VS, da Vigilância Epidemiológica Municipal, do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, referentes ao período de 1º de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2022. As informações foram coletadas sem qualquer identificação de indivíduos. Os resultados obtidos por meio desta análise permitiram compreender a evolução da doença na localidade e podem subsidiar futuras ações de vigilância, controle e planejamento de políticas públicas em saúde.

Palavras-chave

Marilândia. Vigilância epidemiológica. COVID-19.

ABSTRACT

The first case of COVID-19 was confirmed in December 2019 in Wuhan, China, and quickly spread to several countries. This study aims to analyze the spread of COVID-19 in the municipality of Marilândia, located in the state of Espírito Santo, Brazil. For this purpose, data were obtained from the eSUS-VS notification system, the Municipal Epidemiological Surveillance database, the Brazilian Ministry of Health, and the State Health Department, covering the period from March 1, 2020, to February 28, 2022. The information was collected without any identification of individuals. The results of this analysis help to understand the progression of the disease in the region and may support future actions in surveillance, control, and planning of public health policies.

Key words

Marilândia. Epidemiological surveillance. COVID-19.

1. MMestre em Gestão de Cuidados da Saúde pela MUST University, Enfermeira pelo Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, Colatina/ES, Brasil; Especialização em Enfermagem de Urgência e Emergência pela Faculdade de Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Venda Nova do Imigrante/ES, Brasil; Especialização em Atenção Primária à Saúde / SESA, pelo Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, Colatina/ES, Brasil; Especialização de Gestão de Programa de Saúde da Família pela Faculdades Integradas de Jacarepaguá/RJ, Brasil; Especialização de Enfermagem do Trabalho pela Faculdades Integradas de Jacarepaguá/ RJ, Brasil; Especialização em Condutas de Enfermagem no Paciente Crítico, pela Faculdade São Camilo, Vitória/ES, Brasil. No momento, atua como Enfermeira do Hospital e Maternidade Silvio Avidos, Colatina ES, Brasil. E-mail: mariliabravin@hotmail.com.

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.moed@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

Em meados de dezembro de 2019, surgiu na cidade de Wuhan, na China, uma série de casos de pneumonia de origem desconhecida. O surto iniciou-se em um mercado de alimentos e expandiu-se rapidamente por todo o país, provocando uma enorme contaminação e um número elevado de mortes. As pessoas acometidas apresentavam quadro de infecção com tosse seca, dispneia, febre e infiltrados pulmonares bilaterais, de evolução rápida e, por fim, ocasionando em óbito (Lauxmann, Santucci & Autrán-Gómez, 2020).

A doença foi denominada COVID-19, do inglês *Coronavirus Disease 2019*, como nomeada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo causada pelo vírus SARS-CoV-2 (do inglês, *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*). Dessa forma, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde definiu a COVID-19 como uma pandemia (Xavier et al., 2020).

Por se tratar de uma doença recente que se espalhava rapidamente por todo o mundo, ainda não havia consenso científico sobre a melhor forma de enfrentamento. No entanto, a literatura científica apontava que o diagnóstico precoce, aliado à rápida identificação e testagem dos contactantes infectados, era uma das formas mais eficientes de evitar sua propagação, permitindo o isolamento dos mesmos. Diante disso, foi necessário conhecer cada região atingida pela COVID-19, considerando suas características sociais, econômicas e demográficas, a fim de evitar a disseminação do vírus (Magno et al., 2020).

Nesse contexto, o presente estudo foi realizado com o objetivo de conhecer melhor a realidade local, avaliar a expansão da COVID-19 durante a pandemia causada pelo novo coronavírus no município de Marilândia, Espírito Santo (ES), bem como identificar os casos positivos, mapear sua distribuição, traçar seus perfis, identificar casos de internação em UTI, perfis de óbitos e de indivíduos curados, fornecendo dados técnicos baseados em evidências científicas que pudessem servir como ferramenta de gestão em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com levantamento bibliográfico, utilizando bases de dados eletrônicas, buscando explorar estudos e trabalhos presentes na literatura científica a respeito da COVID-19. As coletas de dados foram realizadas entre os meses de março e junho de 2022 e agrupadas em três faixas temporais: (i) março/2020 a fevereiro/2021 (365

dias); (ii) março/2021 a fevereiro/2022 (365 dias); (iii) março/2020 a fevereiro/2022 (730 dias).

Os dados foram coletados do Sistema de Informação de Notificação Compulsória (eSUS-VS), do banco de dados da Vigilância Epidemiológica do município de Marilândia, bem como dados do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual do Estado do Espírito Santo, sem qualquer identificação de sujeitos, no período de 01 de março de 2020 até 28 de fevereiro de 2022.

Para a distribuição do número de casos confirmados e óbitos por SARS-CoV-2, utilizou-se a frequência absoluta diária, em todo o período analisado. Utilizaram-se as medidas de tendências centrais e variabilidade para identificarmos a média, mediana, desvio padrão e os quartis do número de casos confirmados e óbitos entre as três faixas temporais. Quanto aos casos confirmados e óbitos por localidade, utilizaram-se as medidas de frequência absoluta e relativa por bairros e distritos do município.

Em relação aos aspectos demográficos, foram calculadas a média e a mediana juntamente com o desvio padrão e os quartis das idades nas três faixas temporais do estudo, e foram distribuídos por faixas etárias utilizando a frequência absoluta. No que tange aos óbitos, levantou-se a distribuição por sexo, raça/cor e presença ou ausência de comorbidades associadas. As comorbidades foram levantadas utilizando a frequência absoluta e relativa que ocorreu nos óbitos.

Os dados foram tabulados e tratados utilizando os softwares Microsoft Office, com o pacote Excel 2013® e o Sigma Plot 2.0®. Por se tratar de pesquisa envolvendo dados de domínio público, sem identificação dos sujeitos da pesquisa, o trabalho não necessitou de aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP.

3. DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS DA PESQUISA

No mundo, foram confirmados 437.039.752 casos de COVID-19 e 5.960.039 mortes até o dia 28 de fevereiro de 2022. No Brasil, registraram-se 28.796.571 casos confirmados e 649.676 óbitos até essa mesma data (News, 2022). No Espírito Santo (ES), foram confirmados 1.022.348 casos de COVID-19, com 114.132 óbitos (News, 2022). No município de Marilândia/ES, até 28 de fevereiro de 2022, foram registrados 4.882 casos confirmados e 34 óbitos entre residentes do município (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022).

Durante a pandemia do coronavírus, diversas intervenções de saúde pública foram estabelecidas. Essas medidas incluíam o distanciamento social, o isolamento de pessoas infectadas, o isolamento de casos suspeitos e confirmados, a quarentena de indivíduos que tiveram contato com

pacientes infectados, a higienização das mãos, o uso de máscaras (inclusive as de tecido), a limpeza e desinfecção de ambientes e a etiqueta respiratória. Tais ações tinham como objetivo evitar a disseminação do vírus e proteger a saúde da população (Governo do Estado do Espírito Santo, 2022). Nesse contexto, a realidade do município de Marilândia foi analisada mais detalhadamente, conforme apresentado a seguir.

3.1 Área de Estudo

O estudo foi realizado no município de Marilândia, pertencente ao estado do Espírito Santo. Está localizado na região Norte do estado, a 147 km da capital, Vitória. O município ocupa uma área de 327,642 km² (2021) e, segundo o último censo (IBGE, 2022), conta com 13.091 habitantes. Faz divisa com os municípios de Colatina, Linhares e Governador Lindenberg, e está inserido na Bacia Hidrográfica do Rio Doce (IBGE, 2022). Marilândia situa-se a 17 km ao nordeste de Colatina, a maior cidade da região. Localizado a 188 metros de altitude, o município possui as seguintes coordenadas geográficas: latitude 19° 24' 53" Sul e longitude 40° 32' 9" Oeste. Sua densidade demográfica é de 41,5 habitantes por km².

3.2 Distribuição Espacial dos Casos Confirmados e Notificados da COVID-19 em Marilândia/ES

Desde o primeiro caso até a data da coleta dos dados, foram notificadas 15.053 fichas. No entanto, 406 notificações foram excluídas por apresentarem o campo "Classificação Final" em branco, e 9.764 foram descartadas para COVID-19. Assim, restaram 4.882 casos confirmados (32,43% do total) no período de 1º de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2022, com uma média de 6,66 casos confirmados por dia e desvio padrão de $\pm 13,73$. Na primeira faixa temporal, de março de 2020 a fevereiro de 2021, foram registrados 1.720 casos confirmados para SARS-CoV-2, com média diária de 4,71 casos e desvio padrão de $\pm 5,33$. O número de casos diários variou de 0 a 29 ao longo dos dias analisados (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva do número de casos de COVID-19 notificados no município de Marilândia, Espírito Santo, Brasil, durante o período de 01 de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2022.

Variável	Intervalo de dados		
	Mar/2020 a Fev/2021	Mar/2021 a Fev/2022	Mar/2020 a Fev/2022
Média	4,71	8,66	6,66
Erro Padrão	0,28	0,97	0,51
Desvio Padrão	5,33	18,50	13,73
Mediana	3,00	3,00	3,00
Quartil (25%)	1,00	1,00	1,00
Quartil (75%)	7,00	6,00	7,00
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	29,00	121,00	121,00
Soma	1720	3162	4882
Dias de avaliação	365 dias	365 dias	730 dias

Fonte: Elaborada pela Autora com base em dados obtidos a partir do e-SUS VS 2022.

Durante o período do estudo, observou-se a distribuição de casos confirmados em 35 localidades do município de Marilândia. Dos 4.882 casos, 488 não puderam ser rastreados, representando 10% do total. O bairro Centro apresentou a maior concentração de casos positivos, com 1.668 registros (34,17%), seguido pelos bairros Industrial (n = 270; 5,53%) e Vila Real (n = 248; 5,08%), todos situados no perímetro urbano. Na zona rural, o distrito com maior ocorrência foi Sapucaia, com 235 casos, o que corresponde a 4,81% do total.

3.3 Perfil de Indivíduos Infectados pela COVID-19 em Marilândia/ES

A Tabela 2 apresenta o perfil dos casos confirmados de COVID-19 notificados durante os 730 dias de acompanhamento no município de Marilândia, Espírito Santo. Do total de indivíduos que declararam o sexo biológico, uma notificação apresentou o campo assinalado como “Ignorado” e foi excluída da contagem. Entre os casos válidos, 46,04% (n = 2.247) eram do sexo masculino e 53,96% (n = 2.634) do sexo feminino.

Tabela 2 – Perfil dos pacientes positivos para COVID-19, no município de Marilândia, no período de março/2020 a fevereiro/2022.

Variável	Intervalo de dados		
	Mar/2020 a Fev/2021	Mar/2021 a Fev/2022	Mar/2020 a Fev/2022
Idade			
Média	39,56	37,40	38,16
Erro Padrão	0,41	0,36	0,28
Desvio Padrão	19,16	20,08	17,79
Mediana	38,00	37,00	37,00
Quartil (25%)	26,00	22,00	24,00
Quartil (75%)	53,00	51,00	52,00
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	97,00	98,00	98,00
Sexo*			
Masculino	809 (47,04%)	1438 (45,50%)	2247 (46,04%)
Feminino	911 (52,96%)	1723 (54,50%)	2634 (53,96%)

* Total de 4881 notificações de casos positivos. Um caso preenchido como "Ignorado" foi descartado. Fonte: Elaborada pela Autora com base em dados obtidos a partir do e-SUS VS 2022.

Com relação à média de idade dos indivíduos, o período de março de 2020 a fevereiro de 2021 apresentou valor ligeiramente superior ao período de março de 2021 a fevereiro de 2022, com médias de 39,56 e 37,40 anos, respectivamente. Quanto às faixas etárias, o intervalo de 36 a 40 anos apresentou o maior número de casos ($n = 483$), seguido pelas faixas de 31 a 35 anos ($n = 476$) e de 26 a 30 anos ($n = 436$), considerando todo o período analisado.

3.4. Distribuição Espacial de Óbitos por COVID-19 em Marilândia/ES

Desde o primeiro registro até o dia 28 de fevereiro de 2022, foram notificados 34 óbitos (média = 0,05 casos/dia; DP = $\pm 0,23$) entre pacientes residentes em Marilândia. No primeiro período analisado, de 1º de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2021, ocorreram 23 óbitos (média = 0,06 casos/dia; DP = $\pm 0,27$). Já no segundo período, de 1º de março de 2021 a 28 de fevereiro de 2022, foram registrados 11 óbitos (média = 0,03 casos/dia; DP = $\pm 0,17$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise estatística descritiva do número de óbitos por COVID-19 no município de Marilândia, Espírito Santo, Brasil, durante o período de 01 de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2022.

Variável	Intervalo de dados		
	Mar/2020 a Fev/2021	Mar/2021 a Fev/2022	Mar/2020 a Fev/2022
Média	0,06	0,03	0,05
Erro Padrão	0,01	0,01	0,01
Desvio Padrão	0,27	0,17	0,23
Mediana	0,00	0,00	0,00
Quartil (25%)	0,00	0,00	0,00
Quartil (75%)	0,00	0,00	0,00
Mínimo	0,00	0,00	0,00
Máximo	2,00	1,00	2,00
Soma	23	11	34
Dias de avaliação	365 dias	365 dias	730 dias

Fonte: Elaborada pela Autora com base em dados obtidos a partir do e-SUS VS 2022.

Durante o período do estudo, observou-se a distribuição de óbitos por SARS-CoV-2 em nove localidades do município de Marilândia. Dos 34 óbitos, seis não puderam ser rastreados, representando 17,65% do total. O bairro Centro apresentou a maior concentração, com 17 registros (50,00%), seguido pelo bairro Vila Real (n = 2; 5,88%), ambos localizados no perímetro urbano. Na zona rural, os distritos com maior número de óbitos foram Monte Sinai e São Marcos, com dois casos cada, representando 5,88% do total.

Dos 34 óbitos analisados, 19 ocorreram em indivíduos com 71 anos ou mais, seguidos por pessoas com idade entre 61 e 65 anos (n = 4). A mediana de idade dos pacientes que evoluíram para óbito foi de 73,5 anos, variando entre 28 e 93 anos. Com relação à raça/cor relatada, a maioria dos óbitos ocorreu entre pessoas brancas (n = 16; 47,06%) e pardas (n = 10; 29,41%). O sexo masculino foi o grupo com maior número de registros. Quanto às comorbidades, 13 óbitos (28,23%) ocorreram em pacientes que não declararam nenhuma condição de saúde preexistente. Entre os que relataram possuir uma ou duas comorbidades, foram registrados 16 casos (47,06%), enquanto quatro pacientes

(11,77%) informaram ter três ou quatro condições de saúde anteriores (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil dos pacientes que evoluíram para óbito por COVID-19 no município de Marilândia, Espírito Santo, Brasil, durante o período de 01 de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2022.

Variável	Intervalo de dados		
	Mar/2020 a Fev/2021	Mar/2021 a Fev/2022	Mar/2020 a Fev/2022
Sexo	N = 23	N = 11	N = 34
Masculino	16 (69,57%)	8 (72,73%)	24 (70,59%)
Feminino	7 (30,43%)	3 (27,27%)	10 (29,41%)
Raça/Cor	N = 23	N = 11	N = 34
Branca	11 (47,83%)	5 (45,45%)	16 (47,06%)
Preta	1 (4,35%)	1 (9,09%)	2 (5,88%)
Amarela	1 (4,35%)	1 (9,09%)	2 (5,88%)
Parda	8 (34,78%)	2 (18,18%)	10 (29,41%)
Ignorada	2 (8,69%)	2 (18,18%)	4 (11,77%)
Comorbidades	N = 23	N = 11	N = 34
0	8 (34,78%)	5 (45,45%)	13 (38,23%)
1 a 2	13 (56,52%)	3 (27,27%)	16 (47,06%)
3 a 4	2 (8,69%)	2 (18,18%)	4 (11,77%)
Idade			
Média	74,17	63,27	70,65
Desvio Padrão	15,72	13,56	15,9
Mediana	74	65	73,5
Máximo	93	86	93
Mínimo	28	41	28

Fonte: Elaborada pela Autora com base em dados obtidos a partir do e-SUS VS 2022.

3.5 Perfil dos Indivíduos Infectados com Internações em UTI (sexo, idade, raça)

Em uma análise geral, os casos acometeram mais mulheres, que representaram 53,96% do total no período estudado. Por outro lado, as proporções de óbitos e internações foram maiores entre

os homens, correspondendo, respectivamente, a 65% e 70,59% do total. Em contrapartida, o percentual de cura foi mais elevado no sexo feminino. Indivíduos autodeclarados brancos apresentaram os maiores números de casos, óbitos e curas, enquanto os pardos concentraram o maior percentual de internações, com cerca de 40% do total. A faixa etária economicamente ativa, entre 16 e 59 anos, concentrou o maior número de casos e de curas. Já os idosos foram os mais afetados em relação às internações e aos óbitos (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos casos, óbitos, internações e curas dos pacientes internados em UTI diagnosticados com COVID-19 no município de Marilândia, Espírito Santo, Brasil, durante o período de 01 de março de 2020 a 28 de fevereiro de 2022.

		Casos		Internações		Óbitos		Curas	
Variável		Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sexo	Masculino	2247	46,04	13	65,00	24	70,59	1560	45,67
	Feminino	2634	53,96	7	35,00	10	29,41	1856	54,33
	TOTAL	4881	100,00	20	100,00	34	100,00	3416	100,00
Raça	Branca	2123	43,49	6	30,00	16	47,06	1644	48,27
	Preta	94	1,93	3	15,00	2	5,88	67	1,97
	Amarela	132	2,70	1	5,00	2	5,88	86	2,52
	Parda	946	19,38	8	40,00	10	29,41	712	20,90
	Indígena	6	0,12	0	0,00	0	0,00	2	0,06
	Ignorado	1581	32,38	2	10,00	4	11,76	895	26,28
	TOTAL	4882	100,00	20	100,00	34	100,00	3406	100,00
Faixa Etária	0 a 5	236	4,83	0	0,00	0	0,00	105	3,07
	6 a 10	186	3,81	0	0,00	0	0,00	88	2,58
	11 a 15	203	4,16	0	0,00	0	0,00	129	3,78
	16 a 20	324	6,64	0	0,00	0	0,00	227	6,65
	21 a 25	428	8,77	1	5,00	0	0,00	309	9,05
	26 a 30	436	8,93	1	5,00	1	2,94	326	9,54
	31 a 35	477	9,77	1	5,00	0	0,00	348	10,19

36 a 40	483	9,89	0	0,00	0	0,00	360	10,54
41 a 45	435	8,91	2	10,00	2	5,88	328	9,60
46 a 50	356	7,29	1	5,00	2	5,88	261	7,64
51 a 55	340	6,96	1	5,00	0	0,00	264	7,73
56 a 60	281	5,76	1	5,00	3	8,82	195	5,71
61 a 65	238	4,88	1	5,00	4	11,76	175	5,12
66 a 70	165	3,38	1	5,00	3	8,82	111	3,25
>= 71	294	6,02	10	50,00	19	55,88	190	5,56
TOTAL	4882	100,00	20	100,00	34	100,00	3416	100,00

Fonte: Elaborada pela Autora com base em dados obtidos a partir do e-SUS VS 2022.

A pandemia da COVID-19 gerou uma crise sanitária, social, humanitária e econômica sem precedentes na história contemporânea, sendo comparada, em impacto, à Gripe de 1918, que teve origem na mutação do vírus influenza A H1N1 e resultou em um número semelhante de mortes. Em 28 de fevereiro de 2022, foram registrados 28.796.571 casos de COVID-19 no Brasil, com 5.960.039 mortes confirmadas mundialmente (News, 2022).

Apesar dos esforços globais, o mundo não estava preparado para o enfrentamento de uma pandemia dessa magnitude. No Brasil, a ausência de conhecimento inicial, aliada à desigualdade social, territorial e de acesso aos serviços de saúde, ampliou a vulnerabilidade de grupos populacionais (Werneck & Carvalho, 2020). Estudos apontam que variáveis geográficas e econômicas influenciaram diretamente os padrões de disseminação e mortalidade da COVID-19, exigindo análises locais para definição de estratégias (Martines et al., 2021).

No município de Marilândia, ações preventivas foram implantadas antes mesmo do primeiro caso confirmado, com a edição da Portaria nº 204 de 18 de março de 2020, e o Decreto nº 4260 (Prefeitura Municipal de Marilândia, 2020), seguidos de decretos estaduais como o nº 4600-R e o nº 4626, que suspenderam atividades comerciais e escolares (Santo, 2020). Essas medidas contribuíram para postergar o primeiro caso notificado, registrado apenas em 10 de abril de 2020.

A evolução dos casos no município mostrou oscilações, com aumentos significativos em junho e novembro de 2020, e declínio mais consistente a partir de julho de 2021. Estratégias de isolamento social, apesar de eficazes, também revelaram fragilidades econômicas e sociais, especialmente entre as populações em situação de vulnerabilidade, com dificuldades de acesso a serviços de saúde e saneamento (Feliciello & Gava, 2020).

O perfil dos infectados em Marilândia mostrou maior incidência entre adultos jovens (26 a 40 anos), enquanto os óbitos foram mais frequentes entre idosos com 71 anos ou mais. As comorbidades mais associadas aos óbitos foram doenças cardiovasculares (55,88%), doenças pulmonares, obesidade, diabetes e condições neurológicas. Homens foram a maioria entre os óbitos (70,59%), o que pode estar relacionado à menor adesão a cuidados preventivos entre esse grupo. Esses achados reforçam a importância da análise epidemiológica territorializada, o que possibilitou intervenções mais precisas para grupos de risco e subsidiou ações futuras em situações de emergência sanitária.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos acerca da COVID-19 foram crescendo significativamente, e as medidas preventivas mostraram-se eficazes no enfrentamento da pandemia, diante de sua alta transmissibilidade. A interiorização da doença afetou ainda mais o sistema de saúde, especialmente considerando que o município de Marilândia não possui hospital, o que exigiu, na época, o deslocamento de pacientes para o município de referência regional em saúde. Diante desse cenário, foi necessária a intensificação das medidas de prevenção orientadas pelas autoridades sanitárias, a fim de evitar a sobrecarga e o colapso do sistema de saúde regional.

Entre as ações implementadas pelo município e pelo estado do Espírito Santo, destacaram-se as medidas restritivas para evitar aglomerações e a circulação de pessoas, que se mostraram eficazes na contenção de novos casos. Também foi implantada uma barreira sanitária na entrada da cidade, com aferição da temperatura de todos os ocupantes de automóveis e motocicletas; houve ainda a ampliação do acesso a testes diagnósticos, além de orientações sobre higienização das mãos com água, sabão e álcool em gel a 70% e a distribuição gratuita de máscaras, todas fundamentais para o controle da pandemia.

Após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar o novo surto de coronavírus (classificado como SARS-CoV-2) uma emergência de saúde pública de importância internacional — o mais alto nível de alerta —, novas recomendações foram propostas, incluindo a intensificação das medidas terapêuticas e diagnósticas.

Os aprendizados adquiridos desde o início da pandemia, como a necessidade de padronização e reorganização dos protocolos de saúde, a urgência na criação de leitos para atendimento aos pacientes e as dificuldades de acesso enfrentadas nesse processo de implementação, possibilitaram a

execução de políticas mais rigorosas voltadas à saúde pública, bem como o investimento em ações preventivas.

Com base nos resultados que subsidiaram a análise dos dados deste artigo, foi possível identificar os locais com maior densidade de casos, as populações mais vulneráveis e com maior risco de complicações e óbitos no município de Marilândia, Espírito Santo. A utilização de instrumentos de geoprocessamento permitiu correlacionar informações e indicadores da doença, o que fortaleceu a tomada de decisões por parte dos gestores.

No período pós-pandemia, o município de Marilândia, assim como o restante do país, enfrenta novos desafios relacionados ao acompanhamento das sequelas da COVID-19, à retomada das atividades sociais e econômicas e ao fortalecimento da rede de atenção à saúde. A experiência adquirida durante a crise sanitária evidenciou a importância da vigilância epidemiológica contínua, da ampliação da capacidade de resposta do sistema de saúde e da valorização das medidas preventivas, que permanecem relevantes mesmo após a fase crítica da doença. Além disso, a pandemia deixou como legado a necessidade de investir em políticas públicas mais inclusivas e resilientes, capazes de preparar a população e os gestores para futuros eventos de emergência em saúde.

Assim, além de registrar os efeitos da pandemia no município, este estudo contribui para preservar a memória desse período crítico e subsidiar a formulação de estratégias mais eficazes, garantindo maior preparação da sociedade e dos gestores diante de futuras emergências em saúde pública.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Feliciello, D., & Gava, G. B. (2020). Economia e pandemia: lockdown, flexibilização e defesa da vida. Cadernos de Pesquisa NEEP, p. 1-20. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344379575_Economia_e_pandemia_lockdown_flexibilizacao_e_defesa_da_vida. Acessado em 04 de junho de 2025.

Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria da Saúde. Vigilância em Saúde: eSUS-VS (2022). Sistema de Notificação de Doenças: eSUS-VS. Disponível em: <https://esusvs.saude.es.gov.br/auth/entrar>. Acessado em 15 de junho de 2022.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2022). Cidades e Estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/marilandia.html>. Acessado em 26 de março de 2022.

Lauxmann, M. A., Santucci, N. E., & Autrán-Gómez, A. M. (2020). The SARS-CoV-2 coronavirus and the COVID-19 outbreak. *International braz j urol*, 46, 6-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibju/a/ymkTGVgBVd3ZhQLdVgMVQsQ/>. Acessado em 04 de junho de 2025.

Magno, L., Rossi, T. A., Mendonça-Lima, F. W. D., Santos, C. C. D., Campos, G. B., Marques, L. M., ... & Dourado, I. (2020). Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 25, 3355-3364. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdGWGh93bVjLYqw9z5p3zQz/?format=pdf>. Acessado em 12 de fevereiro de 2022.

Martines, M. R., Ferreira, R. V., Toppa, R. H., Assunção, L. M., Desjardins, M. R., & Delmelle, E. M. (2021). Detecting space-time clusters of COVID-19 in Brazil: mortality, inequality, socioeconomic vulnerability, and the relative risk of the disease in Brazilian municipalities. *Journal of geographical systems*, 23(1), 7–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10109-020-00344-0>. Acessado em 12 de fevereiro de 2022.

News (2022). 28.796.571 Casos Confirmados No Brasil. Disponível em: <https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&gl=BR&ceid=BR%3Apt-419>. Acessado em 18 de junho de 2022.

Prefeitura Municipal de Marilândia. Espírito Santo. (2020). Portaria Nº 204 de 18 de março de 2020. Regulamenta o Artigo 9º do Decreto Nº 4260 de 17 de março de 2020. Disponível em: <https://www.marilandia.es.gov.br/legislacao/ver/4547/detalhes>. Acessado em: 10 de abril de 2020.

Santo, E. (2020). Decreto nº 4600-R, de 18 de março de 2020. Dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. Vitória. Disponível em: <https://servidor.es.gov.br/Media/PortalServidor/Documentos/DECRETO%20N%C2%BA%204600-R-2020.pdf>. Acessado em 15 de junho de 2020.

Xavier, A. R., Silva, J. S., Almeida, J. P. C. L., Conceição, J. F. F., Lacerda, G. S., & Kanaan, S.. (2020). COVID-19: clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. *Jornal Brasileiro De Patologia E Medicina Laboratorial*, 56, e3232020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>. Acessado em 04 de junho de 2025.

Werneck, G.L., & Carvalho, M.S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00068820. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pz75jtqNC9HGRXZsDR75BnG>. Acessado em 04 de junho de 2025.



Perfil epidemiológico do câncer no Brasil: Prevalência e ações de prevenção e controle

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Mariana Francisco Dias¹
Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

O câncer é um grande desafio em saúde, resultado do aumento da expectativa de vida e hábitos de vida inadequados. Dada a relevância do tema, o estudo de revisão bibliográfica integrativa buscou entender o perfil de prevalência do câncer no Brasil e o impacto das ações de prevenção e controle; a busca foi realizada nas bases científicas Lilacs, Pubmed, BVS e Medline, incluindo produções dos últimos 12 anos, em português, inglês e espanhol. Foi possível concluir que há um perfil de prevalência do câncer no Brasil, mama sendo o principal, seguido por próstata, colorretal, pulmão e estômago; resultante de comportamentos inadequados e iniquidades sociais, demonstrando que conhecer esse perfil auxilia a construção de ações de prevenção e controle mais eficientes.

Palavras-chave

Câncer no Brasil. Prevalência. Ações de Controle

ABSTRACT

Cancer is a significant health challenge, stemming from the combination of increased life expectancy and unhealthy lifestyle habits. Given the relevance of the topic, this integrative literature review aimed to understand the prevalence profile of cancer in Brazil and the impact of prevention and control actions. The search was conducted in the scientific databases Lilacs, PubMed, BVS, and Medline, encompassing studies published within the last 12 years in Portuguese, English, and Spanish. It was possible to conclude that there is a defined prevalence profile of cancer in Brazil, with breast cancer being the most common, followed by prostate, colorectal, lung, and stomach cancers. These patterns stem from unhealthy behaviors and social inequities, underscoring the importance of understanding this profile in developing more effective prevention and control strategies

Key words

Cancer in Brazil. Prevalence. Control Actions

1. Mestre em Gestão em Cuidados da Saúde pela Must University, Enfermeira Especialista em Oncologia e Hematologia, Estomaterapia e Docência. E-mail: marianafrancisco.dias@hotmail.com

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento, atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

A estrutura conhecida da pirâmide etária mundial sofreu alterações importantes pelo aumento da expectativa de vida e redução na taxa de natalidade; e o Brasil acompanha o retrato mundial (da Silva Barreto & Carreira, 2015). A nova constituição populacional traz consigo um novo perfil de morbimortalidade, com aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis como câncer, doenças cardiovasculares e diabetes (Leal Cortez, da Silva & Dantas, 2019). Essas doenças representam hoje um grande problema de saúde pública decorrente da transição demográfica e epidemiológica mundial. O Brasil sai do contexto em que as doenças e a mortalidade se concentravam na população mais jovem para uma nova realidade: doenças multifacetadas características da longevidade (Lopes-Júnior, 2021). A incidência de doenças crônicas está atrelada às questões de predisposição genética e envelhecimento populacional, mas, sobretudo, aos maus hábitos alimentares, tabagismo e sedentarismo. Essas doenças representam mais de 70% dos óbitos no Brasil e no mundo, e sua incidência está em ascensão (Soares et al., 2023).

Figurando como a segunda causa de morte no mundo, o câncer está claramente relacionado às condições de vida a que o indivíduo é exposto, sendo assim sensível, no Brasil e em todo o globo, às iniquidades sociais, construindo um perfil epidemiológico local diferente dentro do mesmo país, sugerindo a necessidade de adequar as políticas públicas de atenção a esse agravo (da Silva et al., 2017). A Organização Mundial da Saúde prospecta para 2040 cerca de 30 milhões de novos casos de câncer, denotando que apesar dos grandes avanços em métodos diagnósticos e de tratamento, o envelhecimento da população e os comportamentos continuam a influenciar a incidência e a mortalidade por câncer, demonstrando também que os atuais sistemas de saúde, caracteristicamente curativos, estão na contramão da real demanda da sociedade, hoje majoritariamente idosa e com maior incidência de doenças crônicas (Lopes-Júnior, 2021).

Espera-se para os próximos anos que os países em desenvolvimento como o Brasil, sejam responsáveis pelo maior número de casos de câncer no mundo, sendo as condições socioeconômicas desfavoráveis predisponentes ao desenvolvimento da doença devido a maior exposição a fatores de risco, pelo desconhecimento sobre as ações de prevenção ou até mesmo a impossibilidade de acesso a elas, dificultando diagnóstico precoce e tratamento. Esse cenário é condicionante para o desenvolvimento e efetividade de políticas públicas que acompanhem a realidade social, geográfica e demográfica do câncer (Barbosa et al., 2016).

O contexto que se apresenta no Brasil traz à tona um grande desafio: a operacionalização dos serviços de saúde, desde a detecção precoce com a atenção primária até a instituição do tratamento mais adequado. O objetivo central desse levantamento é conhecer o câncer, seu comportamento, fatores de risco e a importância de políticas públicas de prevenção e enfrentamento à doença. Por tratar-se de uma problemática mundial e um grande desafio na gestão em saúde no Brasil, entender melhor o comportamento do câncer através de seu perfil epidemiológico pode auxiliar a construção de uma rede de saúde mais eficiente e que influencie o processo saúde - doença, vislumbrando subsidiar ações de prevenção e controle baseadas na sua incidência no território brasileiro, o que faz o estudo ser relevante aplicado ao cenário exposto de constante evolução.

2. METODOLOGIA

Estudo em caráter de uma revisão bibliográfica integrativa que se desenvolveu a partir de pesquisa nas bases científicas *Lilacs*, *Pubmed*, *BVS* e *Medline* de produções que propiciassem melhor compreensão acerca do perfil epidemiológico do câncer no Brasil baseado em prevalência e incidência, e sobre as estratégias possíveis para o monitoramento e manejo do câncer. Para tanto, utilizaram-se os descritores: perfil epidemiológico, incidência e prevalência do câncer no Brasil, ações de controle. Foram incluídas as produções dos últimos 12 anos, nas línguas português, inglês e espanhol. Foram excluídas as produções que não tinham clara relação com o tema, produzidas fora do prazo estipulado e em outras línguas.

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER NO BRASIL

O reconhecimento documentado do câncer no Brasil ocorreu somente em 1904, por falta de conhecimento acerca dessa patologia, e por se manifestar mais expressivamente em países de alta renda, muito diferentes da população brasileira, de menor renda e intensamente atingida por doenças de cunho infeccioso e transmissível, fazendo o câncer não ser uma preocupação real naquele contexto histórico. Somente em 1941 o enfrentamento do câncer entrou para a agenda de saúde pública através do Serviço Nacional de Câncer, impulsionado pelo desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, preventivas e diagnósticas (Araújo & Teixeira, 2017).

Os avanços culminam na Política Nacional de Atenção Oncológica concebida em 2005 na intenção de promover ações de prevenção e controle, otimizando o acesso ao serviço de saúde. A

Política busca estabelecer uma simbiose entre a prevenção e tratamento, integrando o conhecimento científico ao comportamento da sociedade para mitigação do câncer. Evidencia-se a importância da formulação de políticas públicas a partir dos observatórios, uma vez que estes possibilitam alinhar as ações às demandas efetivamente percebidas (Perottoni, 2018).

Para o biênio 2023-2025, o Instituto Nacional do Câncer estima anualmente 704 mil novos casos de câncer em nosso país, sendo que prevalecem nessa ordem o câncer de mama, próstata, colorretal, pulmão e estômago, padrão semelhante à países com Índice de Desenvolvimento Humano mais alto, mas a desproporcionalidade socioeconômica observada no território gera cenários bastante diferentes conforme a região, sugerindo a doença como resultado das circunstâncias a que o indivíduo é exposto, como nas regiões norte e nordeste que apresentam cânceres relacionados às doenças infectocontagiosas, já nas regiões Sul e Sudeste, as mais ricas do país, apresentam neoplasias relacionadas ao estilo de vida (de Oliveira Santos et al., 2023). O contexto de desigualdade social brasileiro atrasa não somente o acesso ao serviço de saúde, mas também o diagnóstico e início do tratamento. A combinação desses dois aspectos gera um cenário crítico, quanto maior a iniquidade social, maior tende a ser a ocorrência de prognósticos clínicos desfavoráveis. O que se observa no Brasil é atraso sistemático para indivíduos negros, baixa renda e escolaridade, acima dos 60 anos, residentes em periferias, sexo masculino e com doença maligna menos avançada (Sobral et al., 2022).

A partir do conhecimento referente aos cânceres prevalentes no Brasil, excetuando o câncer de pele não melanoma, é possível compreender que o câncer pode advir de construções sociais deficientes e desiguais como baixa escolaridade, má distribuição de renda e piores condições de vida secundárias a insegurança alimentar, saneamento básico precário e carência de ações promotoras de saúde. E também advém de estilos de vida que se assemelham aos de países desenvolvidos, com dieta rica em açúcares, gorduras e aditivos químicos, e o sedentarismo. Serão explanados de forma mais aprofundada no desenvolvimento do trabalho os cinco cânceres prevalentes no Brasil, suas respectivas características e ações de prevenção e controle estabelecidas no contexto nacional de saúde pública.

3.1 Câncer de Mama

No Brasil é o mais prevalente, e incide mais expressivamente nas regiões Sul e Sudeste, em que se tem um contexto socioeconômico favorável. Sob esse prisma, é importante considerar que os registros em maior número não refletem necessariamente a incidência da doença, mas advém também da distribuição desigual de métodos diagnósticos como mamógrafos no país, o que pode comprometer

o diagnóstico precoce pelo acesso assimétrico. É o mais comum entre mulheres em mais de 70% dos países ao redor do mundo, tendo o envelhecimento, menarca antes dos 12 anos, ação hormonal, obesidade e histórico familiar como principais fatores de risco (Sanches, Tiritan & Pavanello, 2024). No país, se manifesta majoritariamente no sexo feminino, entre 50 e 69 anos, brancas, baixa escolaridade, cerca de 14% referem histórico familiar e aproximadamente 19% referem tabagismo prévio. Essa neoplasia pode ser prevenida a partir da eliminação dos fatores de risco considerados modificáveis, como hábitos alimentares, tabagismo e álcool, e, secundariamente, através do autoexame das mamas visando detecção de alterações ainda pequenas, associado ao exame clínico das mamas, realizado por profissionais capacitados em mulheres a partir dos 40 anos ou aos 35 caso estejam no grupo de alto risco devido ao histórico familiar ou fatores de risco ambientais, e a mamografia para mulheres de 50-69 seguindo o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (de Lima & Donato, 2020).

O tratamento se dá por diversas linhas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, e sempre está em concordância com a extensão da neoplasia, tipo celular envolvido e fatores hormonais que influenciem seu desenvolvimento, fatores esses amplamente avaliados antes da definição da linha terapêutica a ser empregada e sempre com um olhar profissional, individualizado e humanizado a cada potencial paciente atendida (Sartori & Basso, 2019).

3.2 Câncer de Próstata

Segundo mais prevalente em território brasileiro (de Oliveira Santos *et al.*, 2023). Sua ocorrência vem aumentando decorrente de maior expectativa de vida, já que em 3 de cada 4 casos se dá em homens com mais de 60 anos. Mundialmente, é mais comum em negros, mas é mais diagnosticado em brancos no Brasil, o que sugere relação bem estabelecida com dinâmicas sociais desfavorecidas. Uma das problemáticas dessa neoplasia é a resistência masculina a buscar assistência em saúde advinda da sociedade ainda machista (de Paula Faria *et al.*, 2020). O histórico familiar é um importante fator de risco nessa neoplasia, já que se familiar de primeiro grau, o risco é duas vezes maior; e caso acometa mais de dois familiares, esse risco aumenta em até onze vezes. Apontam-se também o tabagismo, etilismo e sedentarismo como importantes fatores de risco nesse tipo de câncer (Moraes-Araújo *et al.*, 2023).

O método diagnóstico mais frequente é o toque retal, que permite uma avaliação da estrutura prostática e possível presença de nodulações, porém, dada a forma como é realizado, ainda é alvo de

preconceito (Pereira et al., 2021). O PSA (antígeno prostático específico) é um método diagnóstico eficiente e mais bem aceito, porém exige expertise do profissional para que sua análise seja correta, já que os resultados podem ser influenciados por processos inflamatórios e agudos benignos (Ramos et al., 2018). A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda o rastreio a partir dos 50 anos para a população geral e aos 45 anos para a população negra ou com histórico familiar da doença. O diagnóstico definitivo se dá a partir da biópsia do achado em toque retal para determinação do grupo celular que o tumor apresenta, complementada pela ressonância magnética para avaliação do nível de acometimento da doença, podendo essa ter se disseminado através de metástases (do Prado et al., 2020).

3.3 Câncer Colorretal

Terceiro mais prevalente na população brasileira (de Oliveira Santos et al., 2023). Acomete as estruturas do intestino e reto, podendo ser de caráter hereditário (relacionado a questões genéticas) ou esporádico (fatores ambientais), tende a se manifestar em indivíduos com mais de 50 anos (Ulguim et al., 2021). A presença de pólipos é considerada um dos mais fortes fatores de risco, aumentado em decorrência de questões genéticas como Síndrome de Lynch, Polipose Adenomatosa Familiar e alteração do gene APC; já os fatores de risco mais comuns relacionados ao ambiente são idade avançada, dieta rica em gorduras, consumo de álcool e tabaco. O Ministério da Saúde brasileiro preconiza o rastreio da população de 50 a 75 anos através de colonoscopia e sangue oculto nas fezes (da Silva et al., 2024).

Geralmente assintomático, mas pode desencadear alterações no hábito intestinal, dor abdominal, presença de sangue ou alterações no aspecto das fezes. A diabetes mellitus tipo 2 e a obesidade têm se mostrado fatores predisponentes, tornando essa neoplasia mais frequente em jovens, incidindo de forma equilibrada em ambos os sexos no Brasil e no mundo (Silva et al., 2024). O perfil de sua incidência sugere interdependência com o estilo de vida, como dieta permissiva; já a mortalidade pode estar relacionada às desigualdades sociais e de acesso a serviços de saúde, e não somente ao potencial de letalidade. Em muitos casos, é um câncer evitável, visto que sofre intensa influência dos hábitos de vida. O rastreio assertivo pode contribuir muito para o diagnóstico precoce. Já como tratamento, a quimioterapia prévia a intervenção cirúrgica é uma forma frequente de tratamento que intenciona diminuir o tumor e por consequência reduzir a extensão da área a ser retirada cirurgicamente (de Andrade et al., 2024).

3.4 Câncer de Pulmão

É o quarto câncer mais prevalente no país (de Oliveira Santos et al., 2023). É também o mais letal, com taxa de sobrevida inferior à 20%. No geral, os sintomas apresentados são inespecíficos como tosse, perda de peso, dor torácica e falta de ar (Santos et al., 2024). O diagnóstico geralmente se dá através de exames de imagem como raio-x, tomografia e Pet-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons associada à Tomografia Computadorizada), mas tende a ser concebido tardiamente devido à má distribuição de equipamentos em território brasileiro, sendo que em 70% dos casos a doença já se apresenta localmente avançada, levando a pior prognóstico (de Freitas Nunes & de Souza Kock, 2024).

Essa neoplasia é cerca de 10 vezes mais frequente em fumantes, e até 30 vezes mais comum em fumantes pesados — indivíduos que consomem, em média, um maço ou mais de cigarros por dia, ou que apresentam carga tabágica elevada (≥ 20 maços-ano). Outro detalhe curioso é: quanto mais intensa for a carga de tabaco, menor tende a ser a resposta a tratamentos quimioterápicos convencionais, com resposta reduzida em 67% dos casos. Além do tabagismo, a fibrose cística e a doença pulmonar obstrutiva crônica também são fatores de risco (Paschoal, 2023). No Brasil, a incidência se mostra mais intensa no sexo masculino, de 60 a 69 anos, baixa escolaridade e com histórico familiar, e o maior número de diagnósticos ocorre nas regiões Sul e Sudeste (Nogueira et al., 2021). A disponibilidade de exames de imagem e invasivos como broncoscopia e biópsia para esse diagnóstico é bastante destoante em nosso país, concentrando-se nas regiões Sul e Sudeste, atrasando diagnóstico e terapêutica. O tratamento parte de 4 linhas principais: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia (Araújo et al., 2018).

3.5 Câncer de Estômago

O quinto mais prevalente no país (de Oliveira Santos et al., 2023). A sintomatologia geral envolve vômitos, inapetência, perda de peso, ascite e dor abdominal. O diagnóstico se dá através da endoscopia digestiva alta, tomografia computadorizada e biópsia (Guimarães & Sales, 2017). No país, acomete mais indivíduos do sexo masculino, acima de 50 anos, com histórico de etilismo e tabagismo, branco, baixa escolaridade e renda. Apontam-se como fatores de risco a predisposição genética, o histórico familiar, hábitos de vida nocivos e a infecção por *Helicobacter pylori* (Frazão et al., 2021).

A dieta rica em alimentos processados, gordurosos, alto teor sódico e presença de compostos nitrosos é um importante fator de risco, visto que 35% dos casos de câncer de estômago estão relacionados à dieta inadequada. O etilismo e tabaco também são fatores predisponentes, dados os danos ao DNA e o retardo da reparação celular na mucosa estomacal. Já o *Helicobacter pylori*, bactéria que leva à gastrite e úlcera, aumenta em vinte vezes o risco para câncer gástrico (Gonçalves et al., 2020). As populações pobres e que dispõem de menor estrutura de saneamento ficam mais vulneráveis, dada a maior exposição a infecção por *Helicobacter pylori* (Guimarães & Sales, 2017).

4. PROSPECÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER

Por tratar-se de um grupo de doenças de difícil manejo, evolução clínica heterogênea e prognósticos por vezes muitos reservados, a prevenção é o caminho mais curto para a cura. Nessa dinâmica, a Educação em Saúde se mostra um meio eficiente de promover saúde e prevenção de doenças como o câncer. A metodologia atual advém da década de 90 com a Política Nacional de Prevenção ao Câncer, com foco na promoção de saúde através da educação comunitária acerca de hábitos de vida saudáveis, com a articulação eficiente entre políticas públicas e conscientização da população (de Souza, dos Santos & da Silva, 2015). Com o cenário de intensificação da demanda por serviços de saúde, a telemedicina é uma ferramenta promissora que permite acesso remoto independentemente da localização geográfica e reduz tempo de espera por atendimento, tornando os serviços médicos mais rentáveis e eficientes para prevenção, reconhecimento precoce de neoplasias e condução clínica (Gonçalves et al., 2019).

A prevenção ao câncer de mama, excetuando as causas de origem genética, se dá sobretudo na divulgação clara de informação sobre os fatores de risco e no estímulo à cessação do consumo de álcool, tabaco e alimentos ultraprocessados, gerando uma mudança no estilo de vida que reduz a incidência de obesidade. Essas são ações educativas eficientes e que podem ser disseminadas a partir das unidades básicas de saúde (Bushatsky et al., 2014).

Já o câncer de próstata, que traz consigo questões relacionadas ao machismo, exige assertividade do profissional de saúde para desmitificar a crença social frente ao adoecimento masculino, e construir uma agenda que atenda a rotina desse grupo, boa parte mantenedor da família, e auxiliar na compreensão da importância de reduzir exposição aos fatores de risco modificáveis e a adesão aos métodos de rastreio da doença como o toque retal (Coelho & da Silva, 2018).

O câncer colorretal pode ser prevenido através da cessação de hábitos como tabagismo, etilismo, consumo de carnes processadas. Além da incorporação de exames de maior tecnologia na detecção precoce do câncer como a colonografia e o teste genético das fezes (Camargos et al., 2023).

Sendo o tabagismo o maior fator de risco para o câncer de pulmão, as ações de conscientização antitabaco são de grande relevância, considerando também os cigarros eletrônicos e o narguilé, que vem se popularizando entre os mais jovens. Dessa forma, é importante focar as ações de prevenção na conscientização desse grupo quanto aos riscos, e assim reduzir o número de novos consumidores (Lopes & Rodriguez, 2023).

Para o câncer de estômago, os desafios se concentram na condição socioeconômica que pode aumentar os riscos nutricionais que clamam por uma política pública focada em promover a segurança alimentar. O saneamento básico eficiente com o tratamento adequado das águas para a redução de agentes contaminantes também é fundamental (Mendes & Santana, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil epidemiológico do câncer no Brasil se desenha a partir dos registros de casos realizados em cada serviço de saúde que presta atendimento à população. Hoje, o câncer de mama é o mais prevalente, seguido por próstata, colorretal, pulmão e estômago. Algumas neoplasias decorrem de hábitos similares a sociedades de maior renda, como dieta rica em gorduras e açúcares; sedentarismo, tabagismo e obesidade como os cânceres de mama, pulmão e colorretal. Já o câncer de estômago está associado a infecções oportunistas como *Helicobacter pylori* decorrente de saneamento ineficiente.

Essas discrepâncias são percebidas também no acesso desigual aos serviços de saúde, dada sua má distribuição. O câncer tende a cursar de forma mais desfavorável na população de baixa renda e escolaridade, pelo atraso diagnóstico e início do tratamento. Esse retrato construído a partir do levantamento permite entender que o câncer pode ser resultado de iniquidades sociais, e sua evolução também está atrelada a essa premissa. Dessa forma, as ações de prevenção e controle devem ser desenvolvidas e aprimoradas em consonância com o comportamento da doença, tendo assim o alcance necessário para reduzir sua incidência. Salienta-se também a importância de desenvolver outros estudos que possam favorecer o reconhecimento do perfil epidemiológico do câncer, o fortalecimento e a criação de políticas públicas eficientes para a prevenção e enfrentamento do câncer no Brasil.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, L. A., & Teixeira, L. A. (2017). De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 12, 173-188. <https://www.scielo.br/j/bgoeldi/a/wMKHKQbZr4fsRcTTgmKjgLK/abstract/?lang=pt>. Acesso em 02 de dezembro de 2024.

Araújo, L. H., Baldotto, C., Castro Jr, G. D., Katz, A., Ferreira, C. G., Mathias, C., ... & Barrios, C. H. (2018). Câncer de pulmão no Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44, 55-64. <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/NnmgVRdvjbhR4MysDgWfSD/?lang=pt>. Acesso em 10 de dezembro de 2024.

Barbosa, I. R., do Ceu Clara, Í., da Souza, D. L. B., & Perez, M. B. (2016). Desigualdades socioespaciais na distribuição da mortalidade por câncer no Brasil. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 12(23), 122. <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/32852/19488>. Acesso em 09 de dezembro de 2024.

Bushatsky, M., Lima, K. D., Moraes, L. X., Gusmão, L. T. B., Barros, M. B. S. C., & Figueira Filho, A. S. S. (2014). Câncer de mama: ações de prevenção na atenção primária à saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(10), 3429-36. https://www.researchgate.net/publication/338022196_CANCER_DE_MAMA_ACOES_DE_PREVENCAO_NA_ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_BREAST_CANCER_PREVENTION_OF_SHARES_IN_PRIMARY_HEALTH_CARE_CANCER_DE_MAMA_ACCIONES_DE_PREVENCION_EN_LA_ATENCION_PRIMARIA_A_LA_SALUD_ARTIGO_. Acesso em 29 de dezembro de 2024.

Camargos, N. O., Melo, B. Z., de Oliveira, L. S., & Fonseca, É. F. (2023). Tendências e desafios do câncer colorretal: prevenção, detecção precoce e tratamento. <https://revistaft.com.br/tendencias-e-desafios-do-cancer-colorretal-prevencao-deteccao-precoce-e-tratamento/>. *Anais do COMED*, 7, 54-65. Acesso em 01 de dezembro de 2024.

Coelho, M. O., & da Silva, J. B. (2018). Fatores que interferem na prevenção do câncer de próstata e o papel da enfermagem: revisão literária. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 1(Esp. 1), 715-182. <https://reicen.emnuvens.com.br/revista>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

da Silva Barreto, M., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós-Gerontologia*, 18(1), 325-339. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>. Acesso em 10 de dezembro de 2024.

da Silva, M. J. S., de Lima, F. L. T., O'Dwyer, G., & Osório-de-Castro, C. G. S. (2017). Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 63(3), 177-187. <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/133>. Acesso em 08 de dezembro de 2024.

da Silva, P. H. B., Martins, V. B. O., Lopes, J. C., Silva, V. C., & Oliveira, J. D. D. D. (2024). Perfil epidemiológico dos casos de câncer colorretal no Brasil nos anos de 2013 a 2022. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e71762-e71762. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/71762>. Acesso em 08 de dezembro de 2024.

de Andrade, I. K. A., Bellotti, B. G., Dantas, C. A. B. P., Ramos, É. G. M., de Carvalho, F. L. B., Gomes, G. G. A., ... & Ataides, W. S. (2024). Câncer colorretal: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 4143-4152. <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/3137>. Acesso em 15 de dezembro de 2024.

de Freitas Nunes, S., & de Souza Kock, K. (2024). Prevalência de tabagismo e morbimortalidade por câncer de pulmão nos estados brasileiros. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 19(46), 3598-3598. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3598>. Acesso em 14 de dezembro de 2024.

de Lima, L. T., & Donato, M. A. M. (2020). Perfil epidemiológico do câncer de mama no Brasil: Um resgate da literatura. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-PERNAMBUCO*, 4(3), 62-62. <https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/view/9874>. Acesso em 18 de dezembro de 2024.

de Oliveira Santos, M., de Lima, F. C. D. S., Martins, L. F. L., Oliveira, J. F. P., de Almeida, L. M., & de Camargo Cancela, M. (2023). Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 69(1). <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700>. Acesso em 19 de dezembro de 2024.

de Paula Faria, L. S., Pereira, P. C., Lustosa, A. L. M., Aragão, I. C. S. A., Aragão, F. M. S. A., & de Souza Cunha, M. G. (2020). Perfil epidemiológico do câncer de próstata no brasil: retrato de uma década. *Revista Uninga*, 57(4), 76-84. <https://revista.uninga.br/uninga/article/download/3336/2256>. Acesso em 21 de dezembro de 2024.

de Souza, M.D.G.G., dos Santos, I., & da Silva, L.A. (2015). Educação em saúde e ações de autocuidado como determinantes para prevenção e controle do câncer. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3274-3291. https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3877/pdf_1708. Acesso em 19 de dezembro de 2024.

do Prado, M. R. M., Lopes, A. A., de Freitas, A. C. G., Laudelino, A. C. F., Pagnussat, I., Serea, R. V. P., & Marocolo, M. V. O. (2020). Câncer de Próstata—Uma revisão sobre o seu rastreamento e diagnóstico. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 13954-13962. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/17800>. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

Frazão, G. A. P., Arraes, G. G. D. M., Oliveira, K. F. P., Alvarez, M. A. M., Barreto, B. P. P., Deprá, J. V. S., & dos Reis Ferreira, T. C. (2021). Perfil epidemiológico dos casos de câncer gástrico no Brasil de 2010 a 2020. *Revista CPAQV—Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 13(1), 2. <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/744>. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

Gonçalves, A. A., Martins, C. H. F., Silva, S. L. F. D. C., Santos, R. L. S. D., Cheng, C., & Oliveira, S. B. D. (2019). Impactos da implantação da telemedicina no tratamento e prevenção do câncer. <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/6007/1/Impactos%20da%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Telemedicina%20no%20Tratamento%20e%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20C%C3%A2ncer..pdf>. Acesso em 21 de dezembro de 2024.

Gonçalves, F. S., Sarges, R. D. M., Ramos, M. A., Souza, M. J. C., Nemer, C. R. B., & Menezes, R. A. O. (2020). Perfil clínico epidemiológico do câncer gástrico: revisão integrativa. *Revista PubSaúde*, 3, 1-10. <https://pubsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/07/041-Perfil-cl%C3%ADnico-epidemiol%C3%B3gico-do-c%C3%A2ncer-g%C3%A1strico-revis%C3%A3o-integrativa.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2024.

Guimarães, A.V.S., & Sales, M.L. (2017). Fatores de risco no desenvolvimento de câncer gástrico: uma análise na população brasileira. *Rev. Br. de Ciên. da*, 5, 5. <http://jornalold.faculdadecienciasdavidia.com.br/index.php/RBCV/article/download/517/179/>. Acesso em 07 de dezembro de 2024.

Leal Cortez, A. C., Lyra da Silva, C. R., Lyra da Silva, R. C., & Martin Dantas, E. H. (2019). Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*, 18(5). <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2785>. Acesso em 05 de dezembro de 2024.

Lopes, T., & Rodrigues, G. (2023). O papel da enfermagem nas medidas preventivas contra o câncer de pulmão (enfermagem). *Repositório Institucional*, 1(1). <https://revistas.icesp.br/index.php/Real/article/view/4362>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Lopes-Júnior, L. C. (2021). Os registros de câncer no contexto da vigilância em saúde. *Development Research*, 11(03), 45693-45696. <https://www.journalijdr.com/os-registros-de-c%C3%A2ncer-no-contexto-da-vigil%C3%A2ncia-em-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-ensaio-te%C3%B3rico>. Acesso em 18 de dezembro de 2024.

Mendes, A. dos S., & Santana, M. E. de. (2019). Caregivers' Knowledge Concerning The Gastric Cancer Prevention / Conhecimento de Cuidadores Sobre Prevenção do Câncer Gástrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1194–1201. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1194-1201>. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

Moraes-Araújo, M. S., de Lima Sardinha, A. H., Albuquerque de Figueiredo Neto, J., Lima da Silva, E., & Holanda-Lopes, M. L. (2023). Caracterização sociodemográfica e clínica de homens com câncer de próstata. *Revista de Salud Pública*, 21, 362-367. <https://www.scielo.org/article/rsap/2019.v21n3/362-367/>. Acesso em 28 de dezembro de 2024.

Nogueira, J. F., Mota, A. L., Araújo, A. P. F., de Figueiredo, B. Q., Santos, G. M., Santana, L. C., ... & de Araújo, B. C. (2021). Perfil epidemiológico do câncer de pulmão no Brasil entre os anos de 2013 e 2020. *Research, Society and Development*, 10(16), e203101623566-e203101623566. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/23566/20864/284495>. Acesso em 16 de dezembro de 2024.

Paschoal, M.E.M. (2023). Epidemiologia do câncer de pulmão. *Pulmão RJ*, 31(1), 6-10. http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2009/suplemento-cancer/epidemiologia-do-cancer-de-pulmao.pdf. Acesso em 02 de dezembro de 2024.

Pereira, K. G., de Cristo, S. M. P., Barbosa, F. J. O., da Silva, P. L. N., Galvão, A. P. F. C., & dos Reis Alves, C. (2021). Fatores associados à masculinidade no diagnóstico precoce do câncer de próstata: revisão narrativa. *Nursing Edição Brasileira*, 24(277), 5803-5818. <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1567>. Acesso em 01 de dezembro de 2024.

Perottoni, A. (2018). Política de atenção oncológica no Brasil: uma revisão bibliográfica. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/184323>. Acesso em 27 de dezembro de 2024.

Ramos, F. P., Sabino, I. Z., de Moraes Alexandrino, J. H. B., Costa, V. B. A., & de Paiva Ferreira, R. (2018). Câncer de próstata: revisão geral da literatura acerca dos diversos aspectos da doença. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, (4). <https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/928>. Acesso em 23 de dezembro de 2024.

Sanches, F. V., Tiritan, G. F., & Pavanello, A. (2024). Perfil epidemiológico do câncer de mama no Brasil de 2010 a 2020. *Research, Society and Development*, 13(12), e05131247526-e05131247526. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/47526/37501/490039>. Acesso em 05 de dezembro de 2024.

Santos, B. C., da Mota, D. R., da Silva, L. A., dos Santos, M. D., Damascena, S. A., & Coelho, R. (2024). CÂNCER DE PULMÃO. *Revista Acadêmica Saúde e Educação*, 3(01). <https://revistaacademicafalog.com.br/index.php/falog/article/view/156/52>. Acesso em 10 de dezembro de 2024.

Sartori, A. C. N., & Basso, C. S. (2019). Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. *Perspectiva, Erechim*, 43, 161. https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/161_742.pdf. Acesso em 10 de dezembro de 2024.

Soares, M. M., Rocha, K. S. C., de Castro, K. C. E., & Amâncio, N. D. F. G. (2023). A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Research, Society and Development*, 12(1), e18012139295-e18012139295. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/39295/32507/426538>. Acesso em 03 de dezembro de 2024.

Sobral, G. S., Araújo, Y. B., Kameo, S. Y., Silva, G. M., da Cunha Santos, D. K., & Carvalho, L. L. M. (2022). Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(3). <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2354>. Acesso em 29 de dezembro de 2024.

Ulguim, C. K., Ramos-Junior, O., Gasperin-Junior, P., Ribeiro, S. P., & Ribas-Filho, J. M. (2021). Perfil epidemiológico de pacientes com câncer colorretal. *Revista Médica do Paraná*, 79(2), 1616-1616. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1368401>. Acesso em 01 de dezembro de 2024.



A prática de exercícios físicos para a prevenção de doenças e qualidade de vida da pessoa idosa: prevenção e promoção em saúde

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Luziana Filgueira de Aquino Oliveira¹

Fernanda Cristina Guassu Almeida²



RESUMO

As pessoas idosas demonstram um interesse crescente em frequentar locais que incentivem a saúde e o bem-estar. Ademais, a prática regular de exercícios físicos adequados promove uma vida saudável quando relacionada ao envelhecimento fisiológico. A pesquisa teve como objetivo geral investigar como a prática de exercícios físicos pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Trata-se de uma revisão bibliográfica, no PubMed, Google Scholar e SciELO, utilizando os descritores Exercícios, Treinamento Físico, Saúde da Pessoa Idosa, Promoção em Saúde e Qualidade de Vida. Conclui-se que o exercício físico é uma estratégia eficaz à saúde e qualidade de vida das pessoas idosas, prevenção de doenças crônicas e degenerativas.

Palavras-chave

Pessoa Idosa. Qualidade de Vida. Exercício Físico.

ABSTRACT

Older adults are showing a growing interest in places that promote health and well-being. Furthermore, regular exercise promotes a healthy lifestyle when related to physiological aging. The overall objective of this study was to investigate how physical exercise can be an effective strategy for preventing chronic diseases and improving the quality of life of older adults. This is a literature review of PubMed, Google Scholar, and SciELO, using the descriptors Exercise, Physical Training, Health of Older Adults, Health Promotion, and Quality of Life. Therefore, physical exercise is an effective strategy for improving the health and quality of life of older adults and preventing chronic and degenerative diseases.

Key words

Elderly Person. Quality of Life. Physical Exercise.

1. Mestre em Master of Science in Healthcare Management pela Must University (2025), Especialista em Fisioterapia Traumatológica e Desportiva e Resultados (2025), graduada em Fisioterapia pela Faculdade Católica do RN (2022). E-mail: luzianafilgueira98@gmail.com.

2. Doutora em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Mestre em Farmacologia e Graduada em Ciências Biológicas - modalidade médica, todas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)/Botucatu. Professora orientadora no Programa de Mestrado Master of Science in Healthcare Management da MUST University/ Flórida – EUA. E-mail: fernanda.almeida@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

As pessoas idosas (PI) demonstram um interesse crescente em frequentar locais que incentivem a saúde e o bem-estar. Nesse contexto, os grupos de convivência que oferecem programas de atividade física se destacam como uma alternativa valiosa para promover um envelhecimento saudável e de qualidade (Lima et al., 2020).

A evidência científica mostra que a prática regular de exercícios físicos adequados promove uma vida saudável quando relacionada ao envelhecimento fisiológico, ao mesmo tempo, reduz o risco de doenças como diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardíacas e osteoporose, além de promover benefícios psicossociais, como a melhora do humor, da cognição e da autonomia. Nesse sentido, fazem-se necessários a implementação de políticas públicas de saúde e o incentivo à prática em ambientes seguros e acessíveis (Forest et al., 2022).

Vale ressaltar que, mesmo com os reconhecidos benefícios, a adesão das PI à prática regular de exercícios físicos ainda é um desafio considerável, em razão de fatores, tais como: a resistência à mudança de comportamento, limitações físicas, falta de motivação e a falta de acesso aos recursos para essa prática. Além disso, a efetividade de programas de exercícios físicos individualizados, depende de uma série de fatores, incluindo acompanhamento adequado por profissionais especializados da área da saúde, com vistas à uma avaliação criteriosa e específica, considerando a condição da pessoa idosa (Halley et al., 2021).

Nesse cenário, como a prática de exercícios físicos pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida dos idosos, considerando as políticas públicas existentes e os desafios relacionados à adesão a essas práticas?

Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi investigar como a prática de exercícios físicos pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Os objetivos específicos da pesquisa foram: examinar a influência da prática de exercícios físicos na qualidade de vida, mobilidade e bem-estar psicológico dos idosos; identificar estratégias e políticas públicas que incentivam a prática de exercícios físicos entre a população idosa e suas implicações para a saúde pública e analisar os efeitos dos exercícios físicos na prevenção de doenças crônicas e degenerativas em PI.

Este artigo está estruturado em seções principais. A introdução apresenta o contexto e a relevância do tema; em seguida, a metodologia detalha os procedimentos adotados na pesquisa. O

desenvolvimento aborda aspectos como relação entre a atividade física e a saúde da pessoa idosa, destacando o papel das políticas públicas de saúde e os desafios para a adesão a essas práticas, além de uma seção dedicada às conclusões.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, com foco na análise de estudos publicados nos últimos cinco anos. Foram selecionados artigos revisados em dissertações, livros e outras fontes científicas que abordaram a relação entre a prática de exercícios físicos e a saúde da pessoa idosa, incluindo os impactos na prevenção de doenças crônicas e na melhoria da qualidade de vida. O levantamento de fontes foi realizado em bases de dados acadêmicas como PubMed, Google Scholar e SciELO, utilizando os descritores Exercícios, Treinamento Físico, Saúde da Pessoa Idosa, Promoção em Saúde e Qualidade de Vida. Como critério de exclusão foram descartados estudos que não tiveram como foco principal a população idosa, especificamente, artigos que não abordaram a relação entre exercícios físicos e saúde da pessoa idosa.

A triagem dos estudos foi realizada em duas etapas. Primeiramente, foram analisados os títulos e resumos dos artigos encontrados com relevância em relação ao tema. Em seguida, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão tiveram seus textos completos revisados. Os artigos que, após essa segunda análise, ainda não cumpriram os critérios de inclusão foram definitivamente desconsiderados.

A análise descritiva dos dados teve como foco as principais variáveis evidenciadas nos estudos, incluindo as medidas de qualidade de vida relacionadas à prática de exercícios, indicadores de prevenção de doenças e os resultados observados sobre o impacto dessas práticas na saúde das PI. Outros aspectos destacados, como barreiras e facilitadores para a implementação de programas de exercício físico, também foram considerados. A conclusão da pesquisa discutiu as implicações desses achados para a saúde pública e fornece recomendações baseadas nas melhores práticas encontradas na literatura científica.

3. DESENVOLVIMENTO

A saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é entendida como um estado que engloba o completo bem-estar físico, mental e social, indo além da ausência de doenças ou condições patológicas (Organização Mundial da Saúde, 1948).

O envelhecimento está associado às demandas específicas de saúde, decorrentes do aumento na ocorrência e gravidade de problemas, especialmente os crônicos, que acompanham o indivíduo ao longo da vida. Além disso, essa população enfrenta frequentemente a perda da autonomia no cuidado consigo mesma. O crescimento da proporção de idosos no mundo representa um desafio significativo tanto para a sociedade quanto para os sistemas de saúde (Torres, et al., 2020).

De acordo com as Diretrizes para o cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS), o envelhecimento da população brasileira tem gerado transformações significativas no perfil demográfico e epidemiológico do país, criando demandas que exigem respostas das políticas sociais, tanto do Estado quanto da sociedade (Brasil, 2020).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que a população com mais de 60 anos no Brasil passou de 11,3% para 14,7% entre 2012 e 2021. Esse crescimento representa um aumento de 39,8%, com o número de PI subindo de 22,3 milhões para 31,2 milhões nesse período (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

No Brasil, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 71,1 anos em 2000 para 76,4 anos em 2023. Para os homens, o indicador passou de 67,3 anos para 73,1 anos, enquanto, para as mulheres, subiu de 75,1 anos para 79,7 anos no mesmo período (Agência Brasil, 2024).

No Brasil, o artigo 6º da Constituição Federal, trata dos direitos sociais, sendo eles: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, além da assistência aos desamparados, conforme estabelecido pela própria Constituição (Brasil, 1988).

Ademais, o Estatuto da Pessoa Idosa, instituído em 2003, é um marco legislativo fundamental cujo objetivo é assegurar os direitos e a dignidade dos idosos, reconhecendo o seu papel e relevância na sociedade brasileira (Brasil, 2003).

O Estatuto da Pessoa Idosa especifica que, os indivíduos que possuem 60 anos ou mais são consideradas PI, e por sua vez, com direitos assegurados na Lei, com vistas à proteção do Estado (Brasil, 2022).

Acresce ainda que, é garantido o direito à atenção integral à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que abrangem a prevenção, promoção, proteção e recuperação, com atenção especial às doenças que acometem preferencialmente essa população (Estatuto da Pessoa Idosa, 2003).

No Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) 2022-2030, a promoção da saúde é vista como um processo resultante da interação entre fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, os quais moldam as condições de vida nos diferentes contextos sociais, influenciando positivamente ou negativamente a saúde. Sua estratégia central envolve fortalecer as capacidades de indivíduos e coletivos para participarem e exercerem maior controle sobre os processos que impactam diretamente suas vidas, incluindo decisões políticas. Além disso, a promoção da saúde está profundamente relacionada ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2022).

A Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006, que por sua vez, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tem como principal finalidade da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa promover, recuperar e manter a autonomia e independência dos idosos, direcionando ações de saúde coletivas e individuais com esse objetivo, segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A política abrange todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais (Brasil, 2006).

Nesse contexto, a prática regular de exercícios físicos auxilia na preservação da função cognitiva. O envelhecimento está frequentemente associado à perda de memória e ao desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, como Alzheimer. Assim sendo, melhorias na atenção, no tempo de reação, no processamento cognitivo, na mobilidade, no equilíbrio e na força muscular, demonstrando a eficácia da atividade física como uma intervenção não medicamentosa, que controla de maneira eficaz a progressão da Doença de Alzheimer e proporciona uma melhor qualidade de vida aos praticantes (Braga, Almeida, & Amâncio, 2021).

Entre os exercícios e atividades físicas recomendados para as PI, os exercícios de resistência têm se destacado como uma alternativa eficaz, capaz de gerar diversos benefícios, contribuindo para uma melhoria significativa na qualidade de vida (Nepomuceno & Andrade, 2023).

A saúde mental também é beneficiada pela prática de exercícios físicos. Muitas PI enfrentam questões como depressão, ansiedade e estresse, que podem ser agravadas pelo isolamento social e pela falta de atividade física. Além disso, as atividades físicas oferecem uma oportunidade para a pessoa idosa socializar, o que pode reduzir a sensação de solidão e contribuir para o fortalecimento de laços sociais (Souza, et al., 2022).

Para Valero et al. (2021), os idosos compreendem a felicidade na velhice como uma condição que integra aspectos hedônicos, relacionados à satisfação de necessidades, busca de prazer e evitação de sofrimento, e aspectos eudaimônicos, associados à busca de excelência pessoal. No entanto, eles tendem a valorizar mais os aspectos eudaimônicos do que os hedônicos em suas vivências de felicidade e qualidade de vida. Além disso, percebem saúde, funcionalidade e recursos materiais como componentes do bem-estar, mas não como suas únicas ou mais importantes dimensões, desafiando o senso comum sobre suas prioridades nessa fase da vida.

3.1 Desafios e Facilidades na Implementação de Programas de Exercícios Físicos.

No passado, as PI eram frequentemente consideradas incapazes de realizar tarefas simples, sendo vistas como doentes, infelizes e dependentes de pessoas mais jovens para auxiliá-las em diversas atividades do cotidiano, como caminhar, levantar-se, sentar-se, ir ao banheiro ou até mesmo tomar banho. No entanto, os exercícios físicos associados a um estilo de vida ativo na terceira idade resultam em série de benefícios, incluindo alívio de dores, restauração do equilíbrio, redução do risco de quedas, fortalecimento ósseo, manutenção do peso corporal, controle da glicemia, preservação da saúde mental, melhora na qualidade do sono, entre outros (Oliveira, Vinhas & Rabello, 2020).

Conforme Fontes et al. (2024), a prática de exercícios físicos deve ser reconhecida não apenas como um meio de preservar a saúde física, mas também como um elemento essencial para o equilíbrio mental e emocional, com capacidade de promover melhorias substanciais na qualidade de vida em todas as faixas etárias.

Azevedo Filho et al. (2019) ressaltam que a prática de atividades físicas entre idosos favorece a socialização, contribuindo para a redução da ansiedade e da depressão. Apesar da predominância masculina observada nos Pontos de Encontro Comunitário (PECs), os autores sugerem a necessidade de iniciativas que atraiam maior participação feminina, considerando que estudos com PI geralmente apontam uma maior presença de mulheres. Além disso, muitos frequentadores relatam buscar os PECs para lidar com a solidão e a falta de amizades, evidenciando o papel desses espaços como promotores de interações sociais, saúde física e bem-estar emocional.

A convivência em coletivos compostos por PI, de faixa etária semelhante e com abertura para o diálogo contribui para o suporte emocional e a sensação de comunidade, fatores que incentivam a continuidade da prática. A motivação extrínseca, como a busca pelo convívio social, destaca-se como um elemento central para a adesão e permanência nos programas de exercícios, favorecendo a regularidade das atividades (Yoshida et al., 2023).

A participação nas Academias da Terceira Idade (ATIs) está diretamente ligada à motivação da melhoria da saúde das PI, ao mesmo tempo, a continuidade no programa está diretamente ligada ao prazer que sentem tanto pela atividade em si quanto pelo ambiente em que é realizada. Assim, é essencial que gestores, professores e a equipe técnica se dediquem a garantir a qualidade das aulas, a adequação do espaço físico e a promoção de uma interação social acolhedora durante as práticas (Harris, Resende, Porto & Silva, 2020).

Conforme a pesquisa de Costa e Neri (2019), a baixa renda é uma barreira significativa para a prática de atividade física, embora gênero e idade sejam as variáveis com maior impacto no perfil de engajamento das PI, ou seja, a relação entre gênero e atividades de diferentes domínios dos perfis de atividade de homens e mulheres. O avanço da idade é a principal barreira à prática de atividades para a população idosa. Promover o engajamento de PI em atividades físicas e sociais representa um desafio crucial para as políticas públicas voltadas ao envelhecimento ativo, especialmente diante do crescimento expressivo da população com 80 anos ou mais.

Para garantir que as PI obtenham os melhores benefícios do exercício, é fundamental que o programa seja planejado por um profissional qualificado, respeitando as necessidades individuais, o tipo de exercício, sua intensidade e a frequência ideal (Ziero & Navarro, 2020).

Outra atividade importante, refere-se à prática de hidroginástica, uma vez que essa atividade, além de ser relaxante e de baixo impacto, contribui para a melhoria da qualidade de vida, especialmente no manejo de condições como dores físicas e hipertensão das PI. Além disso, essa prática auxilia na prevenção de lesões e promove a manutenção da independência nessa fase da vida (Silqueira, Fonseca & Soares, 2022).

Vale destacar que a prática de exercícios físicos está relacionada à manutenção da capacidade funcional, à conservação da massa muscular magra e à diminuição do risco de sarcopenia e fragilidade em PI. Exercícios de resistência ou realizados com bloqueio parcial do fluxo sanguíneo têm se mostrado eficazes para aumentar a força e a massa muscular. Já, um estilo de vida sedentário está relacionado como um fator de risco significativo para o surgimento da síndrome de fragilidade, sarcopenia e perda da funcionalidade em idosos (Manso et al., 2019).

Convém observar que, a presença de dor crônica está relacionada a mais doenças crônicas, especialmente em mulheres, e ao sedentarismo. À medida que a intensidade da dor e o número de condições crônicas aumentam, o nível de atividade física tende a diminuir, uma vez que, a dor limita a prática de exercícios. Além disso, as mulheres idosas com dor crônica apresentam volumes de atividade física significativamente menores do que as que não sofrem de dor crônica (Ferretti et al., 2019).

Antunes et al. (2022) destacam que o envelhecimento da população levanta preocupações quanto à qualidade de vida e ao bem-estar das PI, impulsionando a implementação de programas comunitários de exercício físico. Além disso, identificaram que, nas mulheres, a força de preensão manual estava associada à frequência semanal de exercícios, ao número de horas de prática e à qualidade de vida geral. Já nos homens, essa força se relacionou com o número de horas de prática semanal e com a vitalidade, que também se associou à qualidade de vida geral.

Os benefícios dos exercícios físicos regulares são claros para as pessoas da terceira idade, especialmente porque muitos idosos que iniciam a prática de atividades físicas passam a interagir melhor socialmente. Isso é particularmente importante, já que, com o tempo, muitos podem se sentir inúteis e, frequentemente, isolam-se, o que pode levar ao desenvolvimento de quadros de depressão (Oliveira, Vinhas & Rabello, 2020).

3.2 Impacto dos Exercícios Físicos na Prevenção de Doenças em Pessoas Idosas.

A prática de exercícios físicos proporciona benefícios significativos para as PI em situação de fragilidade, abrangendo melhorias nos aspectos físicos, cognitivos e na qualidade de vida. Além disso, há evidências de que a atividade física pode reduzir os impactos da fragilidade, apresentando maior eficácia em comparação a outras intervenções. Entre as abordagens mais destacadas, o treinamento físico multicomponente é uma estratégia especialmente benéfica para essa população, com a inclusão de exercícios voltados para resistência, equilíbrio, marcha e fortalecimento muscular (Pillatt, Nielsson & Schneider, 2019).

Em contraponto, o estudo de Andrade et al. (2023) investigou os efeitos das atividades de dupla tarefa na marcha de PI, constatando que essas atividades influenciam negativamente os parâmetros da marcha. Apesar de a prática de atividade física apresentar benefícios para esse público, reduzindo o declínio nos parâmetros cinemáticos da marcha, não foi possível confirmar que indivíduos fisicamente ativos sofrem menos impacto em atividades de dupla tarefa do que os inativos. Os autores sugerem que esses resultados podem estar associados à idade média dos participantes, classificados como "idosos jovens", e à alta complexidade das tarefas cognitivas realizadas, que exigem maiores demandas cognitivas.

Com a mesma perspectiva, o estudo de Cassiano et al. (2020), analisou que, a prática de um protocolo combinado de exercícios físicos de intensidade moderada, aplicado ao longo de 12 semanas, mostrou-se uma opção eficaz e viável para diminuir o risco de eventos cardiovasculares projetados para os próximos dez anos. Além disso, a intervenção contribuiu para a melhora da

qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e para a redução de sintomas depressivos nessa população. A implementação de um programa prolongado de exercícios físicos, associado ao acompanhamento nutricional, torna-se fundamental para potencializar esses benefícios e promover um cuidado integral.

No estudo realizado por Dallacosta, Oliveira e Fin (2022), PI sedentárias relataram maiores limitações devido à dor, especialmente em atividades de lazer, interações sociais e tarefas essenciais do dia a dia. Por outro lado, PI mais ativas, especialmente os que praticam exercícios físicos regularmente, apresentaram menor frequência de queixas relacionadas.

Cabe ressaltar ainda que a prática de exercícios físicos, tanto regularmente quanto pontualmente, mostrou benefícios ao sistema nervoso de PI, com efeitos neuroprotetores e melhorias no sistema nervoso central, periférico e autônomo. Esses benefícios incluem melhor ativação das unidades motoras e proteção contra disfunções cardiovasculares comuns nessa faixa etária. Além disso, há resultados positivos em exercícios funcionais, especialmente com exercícios aeróbicos, embora os parâmetros de treinamento variem amplamente (Scianni et al., 2019).

Do mesmo modo, os autores Ferreira, Sales e Baptista (2021), evidenciaram que, a prática consistente de atividades físicas, tanto aeróbicas quanto anaeróbicas, desempenha um papel crucial na diminuição de fatores de risco modificáveis associados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). No entanto, a interrupção dos exercícios aumenta significativamente a probabilidade de reemergência desses fatores de risco.

Kemerich, Giongo e Pivetta (2024) notabilizaram os benefícios dos exercícios físicos aeróbicos e resistidos para idosos diagnosticados com câncer. Nesse contexto, um programa envolvendo treinos aeróbicos e resistidos, com duração de cerca de 12 semanas e frequência mínima de duas vezes por semana, contribuiu para a melhora da capacidade funcional, da função física e da qualidade de vida desses pacientes.

Para Ferreira et al. (2024), o envelhecimento saudável é um objetivo complexo que demanda uma abordagem integrada, abrangendo múltiplos aspectos da vida das PI. Entre as principais intervenções, destaca-se a importância de uma nutrição adequada, a prática regular de exercícios físicos, o envolvimento social e o uso de estratégias terapêuticas, visando promover um envelhecimento ativo e saudável. A alimentação é fundamental na preservação da massa muscular e na manutenção da saúde cognitiva, com atenção especial ao consumo de proteínas, vitaminas e ácidos graxos essenciais. Além disso, a suplementação com creatina, vitamina E e ômega-3 tem se mostrado eficaz na melhoria da saúde muscular e cognitiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notável a ênfase nos efeitos positivos do exercício físico na prevenção e tratamento de doenças crônicas comuns na terceira idade, como diabetes e hipertensão. Além disso, as fontes também exploram as motivações das PI para a prática de exercícios, destacando a importância dos profissionais especializados, do ambiente de prática e da interação social. Alguns estudos se dedicam a investigar os fatores que dificultam a adesão das PI à atividade física, como a presença de dor crônica, a fragilidade e a falta de acesso a programas adequados. A análise da qualidade de vida na terceira idade também é um tema recorrente, com destaque para a influência do exercício físico, da dieta saudável e das conexões sociais na percepção de bem-estar das PI.

Portanto, independentemente da presença de doenças específicas, a prática regular de exercícios físicos é essencial para a promoção da saúde e da qualidade de vida das PI, reforçando a importância de políticas públicas que incentivem e facilitem o acesso à atividade física nessa população. Com base nos achados, recomenda-se que estudos futuros investiguem questões complementares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Brasil. (2024). População do país vai parar de crescer em 2041. Disponível em <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>. Acessado em 16 de novembro de 2024.

Andrade, Á. D. B. de., Ide, F. C., Mangia, A. S., Martins, A. C., Nascimento, A. Q., & Nascimento, I. B. do.. (2024). Métodos de exercícios físicos para pessoas idosas com Alzheimer e os fatores que dificultam a sua prática: uma revisão sistemática. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.240007.pt>. Acessado em 26 de novembro de 2024.

Andrade, V. F. de., Zapparoli, L. B., Farneda, P. H., Cechetti, F., Saccani, R., & Bonetti, L. V.. (2023). A influência dos níveis de atividade física nos parâmetros da marcha durante atividades de dupla tarefa em idosos. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230151.pt>. Acessado em 27 de novembro de 2024.

Antunes, R., Fonseca, E., Oliveira, D., Matos, R., Amaro, N., Morouço, P., Coelho, L. & Rebelo-Gonçalves, R. (2022). Qualidade de vida, vitalidade e força de preensão manual em idosos praticantes de exercício físico. Disponível em <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v22n1/1578-8423-cpd-22-1-245.pdf>. Acessado em 27 de novembro de 2024.

Azevedo Filho, E. R., Chariglione, I. P. F. S., Silva, J. T. C., Vale, A. M. S., Araújo, E. K. H. S., & Santos, M. F. R. (2019). Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: Um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbce/a/P39RDpYbhq47KTCqgkg5m7m/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 27 de novembro de 2024.

Braga, V. E. G., Almeida, K. C. de & Amâncio, N. F. G. (2021). Exercícios físicos em idosos com doença de alzheimer: uma revisão dos benefícios cognitivos e motores. Disponível em <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-070>. Acessado em 20 de novembro de 2024.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em 16 de novembro de 2024.

Brasil. (2003). Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acessado em 16 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Brasil. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acessado em 16 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (2020). Diretrizes para o cuidado à pessoa idosa no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. (2022). Plano de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) 2022-2030. Ministério da Saúde. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Cassiano, A. do N., Silva, T. S. da., Nascimento, C. Q. do., Wanderley, E. M., Prado, E. S., Santos, T. M. de M., Mello, C. S., & Barros-Neto, J. A.. (2020). Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018>. Acessado em 23 de novembro de 2024.

Costa, T. B., & Neri, A. L.. (2019). Fatores associados às atividades física e social em amostra de idosos brasileiros: dados do Estudo FIBRA. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-549720190022>. Acessado em 26 de novembro de 2024.

Dallacosta, F. M., Oliveira, L. H. S. de., & Fin, G.. (2022). Relação entre atividade física e a incapacidade pela dor em idosos: estudo transversal. Disponível em <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220066-en>. Acessado em 08 de dezembro de 2024.

Ferreira, M. A., Ferrari Neto, M. A. G., Assis, T. M., Mendes, M. E. P., Oliveira, B. G., Dias, B. R. C., Botelho, R. P., Pontes, J. V. Z., Amaral, P. A. F., & Bicalho, R. J. L. (2024). Determinantes da qualidade de vida na terceira idade: Uma revisão sistemática dos fatores contribuintes. Semantic Scholar. Disponível em <https://www.semanticscholar.org/reader/d9241d7e461180678c0d033feffa468392d2e478>. Acessado em 27 de novembro de 2024.

Ferreira, T. da S., Sales, A. F. S. & Baptista, A. S. (2021). Exercícios Físicos Na Prevenção De Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2021/05/Exerc%C3%ADcios-f%C3%ADsicos-na-preven%C3%A7%C3%A3o-de-doen%C3%A7as-cr%C3%B4nicas-n%C3%A3o-transmiss%C3%ADveis.pdf>. Acessado em 23 de novembro de 2024.

Ferretti, F., Silva, M. R. da., Pegoraro, F., Baldo, J. E., & Sá, C. A. D.. (2019). Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. Disponível em <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190002>. Acessado em 26 de novembro de 2024.

Fontes, G. N., Lopes Pereira, A. C., Storti Marcolino Rodrigues, M., Cabral de Lima, M., Moreira Freitas, R. P., Miranda Mendes, A. L., de Freitas Matias, B., Daitelcvaig Barbosa, P., Carolina Casagrande Wirschum, G., & Viegas Coelho, B. (2024). Exercício físico regular como ferramenta de prevenção de Psicopatologias em Idosos. Disponível em <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n9p1562-1574>. Acessado em 24 de novembro de 2024.

Forest, A. C., Dill, M. M., Totti, T. F., Zanin, J. C. D., & Stringhini, V. M. (2022). Prática de Exercícios Físicos na População Idosa Acometida por Doenças Crônicas. Disponível em <https://doi.org/10.56083/RCV2N6-010>. Acessado em 22 de novembro de 2024.

Halley, G. F., Maciel, M. G., Melo, C. de F., & Martins, J. C. de O.. (2021). Significados da Prática de Atividade Física para Idosos. Disponível em <https://doi.org/10.4025/JPHYSEDUC.V32I1.3273>. Acessado em 08 de novembro de 2024.

Harris, E. R. A., Resende, H. G. de., Porto, F. & Silva, N. S. L. da.. (2020). Motivos da adesão de idosos às Academias da Terceira Idade. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200117>. Acessado em 24 de novembro de 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Indicadores de desenvolvimento sustentável: Brasil 2022. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102038.pdf>. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2024). Pirâmide etária. IBGE. Disponível em <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Kemerich, J. A. P., Giongo, C. L. M., & Pivetta, H. M. F. (2024). Efeitos do exercício físico no idoso com diagnóstico de câncer: Revisão integrativa da literatura. Disponível em <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4514>. Acessado em 23 de novembro de 2024.

Lima, A. P. de., Giacomazzi, R. B., Scortegagna, H. de M., & Portella, M. R.. (2020). Grupo de convivência para idosos: o papel do profissional de educação física e as motivações para adesão à prática de atividade física. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2019.02.001>. Acessado em 08 de novembro de 2024.

Manso, M. E. G., Silva, D. L. G., D'Oliveira, R. R., Kim, B. M. J., Santos, A. F. de L., & Silva Junior, E. A. B. S. (2019). Impacto do exercício físico em idosos com baixo peso: uma abordagem focada na sarcopenia. Disponível em <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2019.2.33308>. Acessado em 26 de novembro de 2024.

Nepomuceno, C. A., & Andrade, R. B. (2023). A importância da dieta saudável associado a exercícios de resistência para melhoria da qualidade de vida em idosos. Disponível em https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/_a_importancia_da_dieta_saudavel_associa_do_a_exercicios_de_resistencia_para_melhoria_da_qualidade_de_vida_em_idosos.pdf. Acessado em 22 de novembro de 2024.

Oliveira, D. V. de ., Yamashita, F. C., Santos, R. M., Freire, G. L. M., Pivetta, N. R. S., & Nascimento Júnior, J. R. A. do .. (2020). A duração e a frequência da prática de atividade física interferem no indicativo de sarcopenia em idosos?. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19004527012020>. Acessado em 08 de novembro de 2024.

Oliveira, J. C., Vinhas, W., & Rabello, L. G. (2020). Benefícios do exercício físico regular para idosos. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/8157/7038>. Acessado em 23 de novembro de 2024.

Organização Mundial da Saúde (1948). Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acessado em 16 de novembro de 2024.

Pillatt, A. P., Nielsson, J., & Schneider, R. H.. (2019). Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18004826022019> . Acessado em 23 de novembro de 2024.

Scianni, A. A., Faria, G. S. e., Silva, J. S. da., Benfica, P. do A., & Faria, C. D. C. de M.. (2019). Efeitos do exercício físico no sistema nervoso do indivíduo idoso e suas consequências funcionais. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.026>. Acessado em 08 de dezembro de 2024.

Silqueira, M. de Q., Fonseca, A. A. & Soares, W. D. (2022). Hidroginástica na melhor idade. Disponível em <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renef/article/view/5211/6273>. Acessado em 24 de novembro de 2024.

Souza, A. P. de., Rezende, K. T. A., Marin, M. J. S., Tonhom, S. F. da R., & Damaceno, D. G.. (2022). Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão

integrativa. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Torres, K. R. B. de O., Campos, M. R., Luiza, V. L., & Caldas, C. P.. (2020). Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K#>. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Valero, C. N. A., Meira, T. F. G., Assumpção, D. de., & Neri, A. L.. (2021). Significados de ser feliz na velhice e qualidade de vida percebida segundo idosos brasileiros. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200298>. Acessado em 22 de novembro de 2024.

Yoshida, H. M., Ferreira, S. D. P., Marmeleira, J. F. F., & Fernandes, P. T.. (2023). “A felicidade é uma coisa que os olhos transmitem”. Percepções sobre conexões sociais em pessoas idosas praticantes de exercícios físicos. Disponível em <https://doi.org/10.22456/1982-8918.127395>. Acessado em 26 de novembro de 2024.

Ziero, I., & Navarro, R. G. (2020). A eficácia do exercício físico no idoso para a prevenção e tratamento de patologias como diabetes e hipertensão: Uma revisão. Disponível em <https://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/2134/1693>. Acessado em 24 de novembro de 2024.



Possíveis impactos da migração para os Estados Unidos na saúde mental dos imigrantes

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Sandra Morais de Almeida¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os impactos da migração sobre a saúde mental de brasileiros nos Estados Unidos, com foco nos desafios psicossociais e sintomas de sofrimento psíquico relacionados à aculturação. Por meio de revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, foram examinadas publicações datadas de 2003 a 2025, utilizando bases como SciELO e Google Acadêmico. Os resultados evidenciam que o estresse aculturativo pode favorecer o desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente ansiedade e depressão. Conclui-se que a Psicologia Intercultural, aliada à Psicologia Clínica, tem potencial para mitigar os efeitos negativos da migração, sendo recomendada maior atuação da Psicologia Social no apoio a migrantes brasileiros.

Palavras-chave

Aculturação. Imigração. Psicologia Intercultural.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the impacts of migration on the mental health of Brazilians in the United States, focusing on psychosocial challenges and symptoms of psychological distress related to acculturation. Through a narrative literature review with a qualitative and descriptive approach, publications dated from 2003 to 2025 were examined using databases such as SciELO and Google Scholar. The results indicate that acculturative stress may contribute to the development of mental disorders, particularly anxiety and depression. It is concluded that Intercultural Psychology, combined with Clinical Psychology, has the potential to mitigate the negative effects of migration, and greater involvement of Social Psychology is recommended in supporting Brazilian migrants.

Key words

Acculturation. Immigration. Intercultural Psychology.

1. Mestre em Gestão de Cuidado de Saúde pela MUST University. Formada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Especialista em Psicologia Jurídica pela Faculdade Metropolitana de Manaus/Amazonas. Especialista em Comércio Exterior pela Universidade Federal do Amazonas. Especialista em Comércio Exterior com Ênfase em Empresa de Pequeno Porte pela Universidade Católica de Brasília/Distrito Federal. E-mail: sandraalmeida13474@student.mustedu.com

2. Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Especialista em Biomedicina Estética pela Faculdade Venda Nova do Imigrante e em Saúde Estética pela Universidade de Uberaba. Graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

A migração é deslocamento de pessoas de um local (interna) para outro (externa), de forma temporária ou permanente, podendo ocorrer dentro do próprio país ou em direção a outra nação (ONU & OIMs, 2024). Esse movimento acontece desde os primórdios da humanidade, embora seus efeitos tenham se modificado ao longo do tempo, acompanhando o avanço da globalização, as transformações geopolíticas, as mudanças ambientais e o progresso tecnológico.

Desde 2020, aproximadamente 281 milhões de indivíduos migraram para países diferentes de seus locais de origem, o que representa cerca de 3,6% da população global. Desse total, 135 milhões eram mulheres, 146 milhões homens, 28 milhões crianças e 169 milhões trabalhadores migrantes. O relatório também contabilizou cerca de 8.500 pessoas mortas ou desaparecidas durante o processo migratório (ONU & OIM, 2024).

Esse crescimento exponencial do fluxo migratório é atribuído, principalmente, a fatores como guerras, instabilidades políticas, mudanças ou eventos climáticos extremos, além de decisões individuais ou familiares motivados pela busca de melhores oportunidades socioeconômicas e por condições de vida mais favoráveis. Na América do Norte, destacam-se os Estados Unidos da América (EUA) como principal destino dos imigrantes, conforme dados apresentados no Relatório sobre Migração Mundial (ONU & OIM, 2024). Dos 4,59 milhões de brasileiros distribuídos nas diversas regiões do globo, 45,19% residem na América do Norte. De forma específica, 1 milhão e 900 mil está nos EUA, sendo que as quatro maiores concentrações populacionais de brasileiros nesse país estão localizadas nas cidades de Nova York, Boston, Miami e Orlando (Brasil, 2022).

Sendo assim, por diferentes e variadas motivações, indivíduos rompem com seus próprios paradigmas, saem de sua zona de conforto emocional e afetivo e se lançam em direção a um novo mundo, por vezes até desconhecido, com uma nova cultura, frequentemente outro idioma, além de novas regras, normas e distintos padrões de comportamento. Essas migrações podem ocorrer de forma voluntária, quando a decisão parte do indivíduo ou da família, ou involuntária (Schwartz et al., 2010).

Ao migrar, talvez sem plena consciência do impacto envolvido, o sujeito se depara com um de seus maiores desafios: lidar com a ruptura dos laços afetivos com amigos e familiares deixados no país de origem, e se ajustar ao novo ambiente, exigindo resiliência para preservar seu bem mais valioso, a saúde mental (Schwartz et al., 2010). Importante ressaltar que neste trabalho foram consideradas apenas as migrações voluntárias, sejam temporárias ou definitivas, uma vez que nas involuntárias, o indivíduo não possui motivação ou planejamento prévios para migrar (ONU & OIM,

2024). Dessa forma, ao se identificar algum transtorno mental, com ênfase nos quadros de ansiedade e depressão, torna-se relevante analisar de que maneira a Psicologia Intercultural pode atuar na mitigação de seus efeitos, promovendo ao indivíduo melhor qualidade de vida e bem-estar no processo de aculturação.

Assim, este artigo teve como objetivo geral analisar, por meio de revisão bibliográfica narrativa, os possíveis impactos da migração sobre a saúde mental de brasileiros que migraram para os EUA. De forma específica, objetivou-se identificar, na literatura, os principais desafios emocionais e psicossociais enfrentados por brasileiros após o processo migratório; elencar os possíveis sintomas ou manifestações de sofrimento psíquico relacionados à experiência de migração; e investigar como a Psicologia Intercultural pode contribuir para mitigar os efeitos prejudiciais à saúde mental dos imigrantes brasileiros nos Estados Unidos.

2. METODOLOGIA

Pesquisa de revisão bibliográfica narrativa, com abordagem qualitativa e caráter descritivo, com o propósito de analisar a literatura, para descrever, discutir e avaliar os impactos dos desafios do processo migratório para os EUA sobre a saúde mental de pessoas migrantes. A investigação foi orientada pela seguinte pergunta norteadora: “Como a Psicologia Intercultural pode contribuir positivamente para o restabelecimento da saúde mental dos brasileiros migrantes nos EUA?”.

Foi adotado o recorte cronológico compreendido entre 2003 e 2025, com as buscas realizadas entre os meses de abril e maio de 2025. A definição por um período mais estendido (2003-2025) ocorreu em função da temática da pesquisa e da escassez de publicações recentes que fossem suficientes para sustentar a argumentação científica necessária.

A coleta de dados foi conduzida por meio da busca de artigos disponíveis na Biblioteca da Associação Brasileira de Psicologia Intercultural (ABRASPI). Para complementar o levantamento, também foram consultados a base *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e o Google Acadêmico, utilizando os seguintes descritores combinados: (“aculturação”) AND (“migração” OR “imigração”) AND (“saúde mental”) AND (“Psicologia Intercultural”).

Os critérios de inclusão adotados foram: publicações em português ou inglês, com texto completo e resumos disponíveis nas bases citadas. Quanto aos critérios de exclusão, foram desconsiderados os estudos que abordavam exclusivamente migrantes em continentes distintos do norte-americano; pesquisas com foco em migrações involuntárias, como refúgio, asilo e situações

similares; artigos publicados fora do intervalo temporal estabelecido; textos não disponíveis na íntegra; estudos que não se relacionavam ao tema da investigação; trabalhos duplicados; publicações limitadas a resumos, reflexões ou resenhas.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Aculturação

O deslocamento entre países é um fenômeno histórico, intensificado na contemporaneidade pela velocidade e volume de indivíduos em mobilidade (Franken, Coutinho & Ramos, 2012). Essa mobilidade gera transformações culturais e psicológicas nos sujeitos, exigindo adaptações nem sempre benéficas. Esse processo é denominado aculturação, definido como um movimento de mudanças psicológicas e culturais diante do contato com novas culturas (Sam & Berry, 2010).

O modelo teórico de Berry propõe que imigrantes se orientem por duas dimensões: preservar sua cultura de origem e interagir com a sociedade receptora. A partir dessas dimensões, delineiam-se quatro estratégias de aculturação: a) assimilação: abandono da cultura de origem em favor da dominante, b) integração: valorização simultânea de ambas, c) marginalização: rejeição de ambas e d) separação: manutenção da cultura de origem com recusa de interação com a nova sociedade (Van der Zee & Oudenhoven, 2022).

Embora a integração seja apontada como a estratégia mais benéfica, Van der Zee e Oudenhoven (2022) defendem uma abordagem dinâmica, considerando o processo de aculturação como um ajuste comportamental, emocional e cognitivo que se desenvolve na interação com diferentes culturas. Essa perspectiva enfatiza a reciprocidade nas relações entre imigrantes e não imigrantes e entre imigrantes de origens distintas.

Contudo, a adaptação em contextos multiculturais pode ser estressante, exigindo esforços contínuos e podendo gerar sofrimento psíquico. Ferreira e Borges (2022) descrevem a experiência subjetiva do imigrante como marcada por um “não lugar”, um conflito entre dois mundos antagônicos. A imigração, portanto, configura-se como um fator de risco à saúde mental, afetada por dimensões políticas, sociais e subjetivas.

Sintomas como tristeza profunda, despersonalização, isolamento, anedonia, ansiedade e conflitos socioculturais são comuns nesses grupos. Esses efeitos são potencializados ou mitigados por fatores como o tipo de migração (voluntária ou forçada), o acolhimento recebido e a geração à qual o

imigrante pertence (Schwartz et al., 2010). Além disso, esses autores também apontam lacunas na literatura sobre aculturação e sugerem a necessidade de investigações que considerem as múltiplas dimensões envolvidas nesse processo, visando ampliar a compreensão teórica e prática sobre a adaptação cultural e emocional de populações imigrantes.

3.2 Saúde mental no processo migratório

A migração contemporânea ocorre em ritmo acelerado, gerando níveis de estresse frequentemente superiores à capacidade de adaptação dos indivíduos (Franken, Coutinho & Ramos, 2012). Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU & OIM, 2024), desde 2020, cerca de 281 milhões de pessoas migraram em busca de melhores condições de vida. Contudo, apesar da relevância do tema, ainda não há diretrizes específicas da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde mental de migrantes, mesmo com a atuação da Organização Internacional para as Migrações (OIM).

Sabendo-se que o processo migratório representa uma ruptura com a vida anterior, provoca perdas nos vínculos afetivos e sociais. Com isso, a adaptação à nova realidade envolve o enfrentamento de barreiras linguísticas, normas culturais distintas e, muitas vezes, hostis. As estratégias de aculturação podem agravar o sofrimento psíquico, sendo associadas a sentimentos de alienação, confusão e aumento do estresse aculturativo, condições que elevam os riscos de adoecimento físico e mental (Franken, Coutinho & Ramos, 2012).

Estudos das áreas da Psicologia e da Psiquiatria (Ramos, 2008; Franken, Coutinho & Ramos, 2012) indicam uma relação entre a aculturação e o surgimento de psicopatologias, especialmente em contextos de exclusão, insegurança alimentar, precariedade habitacional, medo e solidão. Oliveira et al. (2016) ressaltam que os efeitos nocivos se prolongam ao longo do tempo, comprometendo o bem-estar psicológico, bem como gerando impactos sobre a saúde pública local, incluindo a disseminação de doenças como tuberculose e HIV/AIDS (Sam & Berry, 2006).

Na saúde mental, observa-se subnotificação de transtornos que podem ser causas de suicídio, como depressão, ansiedade e esquizofrenia, os quais estão relacionados ao luto simbólico e à ruptura de vínculos sociais (Sam & Berry, 2006). Aqua, White e Johnson (2023) identificaram que imigrantes nos EUA enfrentam múltiplas vulnerabilidades, como barreiras linguísticas, isolamento social e ansiedade quanto ao *status* migratório. A qualidade do sono, comprometida por fatores como discriminação e baixa coesão social, é outro indicador relevante do sofrimento psíquico nesse grupo.

A privação de sono afeta a cognição, o desempenho diário e a regulação emocional, aumentando o risco de doenças crônicas. Assim, torna-se essencial ampliar os estudos que conectem

migração, aculturação e saúde do sono (Aqua, White & Johnson, 2023). Em revisão sistemática, Choy et al. (2021) analisaram o impacto das estratégias de aculturação na saúde mental. A marginalização apresentou os piores desfechos: risco três vezes maior de sintomas ansiosos em comparação à integração e seis vezes maior em relação à separação, além de forte associação com depressão grave. A integração, por outro lado, mostrou-se uma estratégia protetiva.

Porém, Salas-Wright et al. (2018), ao compararem imigrantes e nativos nos EUA, observaram menor prevalência de transtornos psiquiátricos entre os primeiros. A tendência se manteve independentemente de idade, sexo ou etnia, sendo o risco menor entre imigrantes que chegaram após os 12 anos de idade. Isso sugere que fatores culturais e históricos, como menor exposição a traumas na infância, também influenciam a saúde mental dos migrantes.

Em síntese, embora o processo migratório voluntário possa ser uma oportunidade de recomeço, é um fator de risco à saúde mental, especialmente quando associado à marginalização, exclusão social e dificuldades socioeconômicas. O fortalecimento de estratégias de acolhimento e políticas públicas culturalmente sensíveis é fundamental para proteger a saúde psíquica dos imigrantes, particularmente em contextos como o dos brasileiros que migram para os EUA.

3.3 Os diferentes olhares da Psicologia sob as perspectivas dos impactos da migração na saúde mental dos imigrantes

Diversos campos de atuação da Psicologia têm avançado e consolidado novas áreas do conhecimento, tornando-se espaços significativos de produção intelectual, científica, institucional e profissional e, conseqüentemente, surgem especialidades que ampliam o escopo de intervenção dessa ciência. Atualmente, destacam-se áreas como Psicologia Hospitalar, Clínica, Neuropsicologia, Jurídica, Social, Psicomotricidade, Escolar, do Esporte, do Trânsito, Organizacional e do Trabalho, além da Psicopedagogia (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2007). Nesta pesquisa, foram abordadas apenas as especialidades que podem contribuir para o bem-estar e a saúde mental de indivíduos que migram para outro país.

a) Psicologia Social

A Psicologia Social tem como objeto de estudo a influência recíproca exercida pela interação social entre as pessoas e os processos cognitivos resultantes dessa interação, denominados pensamento social. Trata-se de fenômenos potencialmente instáveis que influenciam os pensamentos, emoções e comportamentos dos indivíduos (Rodrigues, 1986).

No que se refere ao campo de atuação do psicólogo social, destaca-se a ênfase na pesquisa, considerando o indivíduo dentro de uma perspectiva social (o meio em que está inserido) e histórica (a dimensão do movimento), buscando identificar as influências mútuas presentes nessa inter-relação (Robertti Junior & Justo, 2013).

Entre os fenômenos investigados pela Psicologia Social contemporânea, destacam-se: (a) a cognição social, na qual o indivíduo é influenciado por vieses, heurísticas e esquemas sociais; e (b) as atribuições de causalidade. Assim, o foco primordial dessa abordagem são os processos sociais e os processos cognitivos por eles gerados (Robertti Junior & Justo, 2013).

Ressalta-se, ainda, a ausência de estudos identificados na literatura sobre cognição social entre brasileiros que migraram para os EUA, o que evidencia uma lacuna significativa a ser preenchida e um campo promissor para novas investigações científicas.

b) Psicologia da Saúde ou Hospitalar

A Psicologia da Saúde consolidou-se historicamente quando, em 1978, foi oficializada como uma nova área dessa ciência pela *American Psychological Association* (APA), nos EUA (Almeida & Malagris, 2011). Seu objeto de interesse está centrado na compreensão de como o indivíduo vivencia seu estado de saúde ou doença, tanto em relação a si mesmo, quanto na interação com os outros, e, de que forma pode incorporar ao seu projeto de vida atitudes e comportamentos que promovam saúde, previnam doenças e auxiliem no enfrentamento das enfermidades e de suas consequências (Almeida & Malagris, 2011).

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080/1990, seguida da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), que reconhecem a Psicologia como curso pertencente à área da saúde, ampliou significativamente o campo de atuação dos psicólogos na saúde pública (Mello & Teo, 2019).

Esse panorama remete à compreensão de que o desenvolvimento da Psicologia da Saúde está intimamente ligado às políticas públicas de cada país. Nesse sentido, os imigrantes brasileiros nos EUA não contam com uma cobertura psicológica gratuita e universal, uma vez que o sistema de saúde norte-americano é predominantemente privado.

c) Psicologia Clínica

Inicialmente, essa especialização da Psicologia foi fortemente influenciada pelo modelo biomédico, restringindo a atuação profissional à compreensão e ao tratamento da doença, com a expectativa de que fosse oferecida uma solução rápida que conduzisse à “cura” do sofrimento

psíquico. Essa concepção aproximava o sofrimento psicológico de uma enfermidade física, como se pudesse ser resolvido exclusivamente por meio de medicação (Dutra, 2004).

Tradicionalmente caracterizado por atividades como psicodiagnóstico e psicoterapia, individual ou em grupo, o trabalho do psicólogo clínico ocorria de forma autônoma ou como profissional liberal, centrado em uma perspectiva intrapsíquica, com ênfase nos processos psicopatológicos e psicológicos do sujeito. Com o tempo, esse campo passou a incorporar o contexto social como elemento essencial de análise, ampliando o foco clínico para considerar não apenas o indivíduo, mas também o ambiente no qual está inserido. Tal ampliação trouxe ênfase na subjetividade enquanto construção social. Coube, ainda, ao psicólogo desenvolver uma escuta clínica sensível que transcendesse à demanda explícita daquele que busca acolhimento para seu sofrimento, compreendendo também a relação intersubjetiva que sustenta essa experiência (Dutra, 2004).

Outra evolução impactou a Psicologia Clínica: a revolução tecnológica, que tem atuado como um agente transformador das formas de comunicação e relacionamento humanas. A acessibilidade, a velocidade e a possibilidade de compartilhamento de dados em tempo real, como mensagens e imagens, representam avanços sem precedentes (Santos et al., 2023).

Essas transformações que modificaram o mundo contemporâneo também afetaram o *modus operandi* das práticas psicoterapêuticas, que passaram a incorporar as Tecnologias da Informação e Comunicação em seus processos (Santos et al., 2023). Desse desenvolvimento, surgiu a Internet das Coisas (*Internet of Things* – IoT), baseada em uma infraestrutura que permite a interconexão e a interação entre objetos operando de forma autônoma, sem a necessidade de intervenção humana para conexão à internet (Rosa et al., 2020). Dentro do campo da saúde, a IoT evoluiu para a chamada Internet das Coisas Médicas (*Internet of Medical Things* – IoMT), cuja principal contribuição é a telemedicina (*healthcare delivery*), que possibilita o atendimento remoto de pacientes. Tal inovação beneficia especialmente populações que residem em zonas rurais, regiões geograficamente remotas ou locais com escassez de profissionais especializados (Martins, 2019).

Ampliando esse conceito de assistência remota, a telessaúde permite que outros profissionais da saúde, como psicólogos, realizem atendimentos a distância (acolhimento digital), contribuindo positivamente para a saúde mental e o bem-estar dos usuários. Esse novo cenário implicou na ressignificação da atuação dos profissionais da saúde, inclusive dos psicólogos, que, ao oferecerem atendimento online, ampliam o acesso aos serviços psicológicos. Dessa forma, brasileiros residentes em outros países podem realizar consultas virtuais com segurança e qualidade, sem barreiras geográficas ou linguísticas, mantendo-se em contato com sua língua materna.

É importante destacar que, no Brasil, o uso das tecnologias digitais na prática psicológica

ainda é pouco explorado, havendo escassez de estudos sobre sua aplicação no contexto psicoterapêutico (Santos et al., 2023). Ainda assim, tais recursos têm sido apontados como instrumentos promissores de articulação com a Psicologia Intercultural, ao viabilizarem formas de acolhimento à distância.

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2021) reconhece a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como uma das abordagens psicoterapêuticas mais eficazes no contexto dos atendimentos remotos, fundamentada em evidências científicas robustas para o tratamento de transtornos mentais. Powell et al. (2008) analisaram os fundamentos da TCC no manejo da depressão e concluíram que se trata de uma abordagem terapêutica com elevado respaldo empírico, eficaz tanto de forma isolada quanto em associação com a farmacoterapia. Além disso, observaram que a TCC apresenta resultados mais duradouros quando comparada ao tratamento exclusivamente medicamentoso, oferecendo ainda um efeito protetor contra recaídas.

Reyes e Fermann (2017) corroboram essas conclusões ao investigarem a eficácia da TCC, baseada em evidências, em pacientes psiquiátricos com transtorno de ansiedade. Os achados desses estudos reforçam a importância de integrar práticas clínicas sustentadas cientificamente ao contexto dos atendimentos psicológicos online, respeitando seus limites e potencialidades.

d) Psicologia Intercultural

A partir da década de 1960, Psicólogos passaram a reconhecer a influência das questões culturais nos processos psicológicos. Para compreender essa intersecção, desenvolveu-se um novo campo de estudo, denominado Psicologia Transcultural, por meio do qual pesquisadores constataram que as experiências culturais são, de fato, responsáveis pelo desenvolvimento de determinados comportamentos manifestados na vida cotidiana. Esse campo também permitiu o surgimento de novos métodos de pesquisa, teorias e domínios de aplicação que contribuíram para transformar a maneira como a psicologia compreende a diversidade humana (Sam & Berry, 2006).

Uma questão central que mobilizou o interesse dos profissionais foi: “Como pessoas nascidas e criadas em uma sociedade conseguem viver em outra sociedade culturalmente diferente daquela à qual estão acostumadas?” (Sam & Berry, 2006, p. 03-04). Essa indagação marcou o ponto de partida para o conceito de aculturação, base da Psicologia Intercultural, segundo o qual os indivíduos, ao viverem em novos contextos culturais, desenvolvem comportamentos adaptativos, tanto de forma rápida, quanto por meio de processos mais complexos de continuidade e mudança comportamental, a partir da negociação constante sobre como viver em uma nova sociedade. Nessa dinâmica, diversos processos psicológicos estão envolvidos, incluindo identidade, aprendizagem social, resiliência,

transtornos mentais, conflitos culturais, estresse, entre outros (Sam & Berry, 2006, p. 03-04).

Denoux (1992, como citado por Sam & Berry, 2006) aponta uma definição para aculturação, como sendo:

um psicólogo estudando processos de construção mediada pela cultura. Isso se refere à construção da diversidade cultural no contexto de contatos culturais: a relação entre imigrantes e o país anfitrião, entre a minoria e a maioria, entre a cultura tradicional e a moderna... A psicologia intercultural tem um campo de pesquisa específico (encontros interculturais), um objetivo de pesquisa específico (distintividade cultural) e um mecanismo específico ("interculturalização", ou seja, a formação de uma nova cultura com base nesses encontros) (Sam & Berry, 2006, p.19).

Atribui-se à estratégia intercultural uma vantagem comparativa em relação às investigações psicológicas uniculturais, pois permite reduzir possíveis interpretações inadequadas e possibilita a formulação de novas hipóteses explicativas do comportamento. Essa abordagem parte de um objeto de estudo, que considera uma ampla gama de variáveis relevantes, para a compreensão do comportamento humano (Angellini, 2007).

Os profissionais da área da saúde que atuam no campo da Psicologia Intercultural precisam apropriar-se adequadamente dos conceitos relacionados a essa área. A falta desse conhecimento pode comprometer a efetividade dos serviços prestados à saúde mental em contextos interculturais.

Mancebo (2018) chama atenção para as armadilhas associadas ao acrônimo WEIRD¹ (Ocidental, Educado, Industrializado, Rico e Democrático), que pode transmitir uma falsa noção de universalidade nas concepções da própria Psicologia Intracultural. O autor também destaca a importância de estar atento às oportunidades culturais e de cultivar, tanto a humildade cultural, quanto a comodidade nas sessões terapêuticas.

Continuando, Mancebo (2018) chama atenção para o universo de países que compõem o Ocidente, como EUA, Canadá, Austrália e os países da União Europeia, os quais integram o grupo representado pelo acrônimo WEIRD. Esses países concentram a maior parte das pesquisas realizadas no campo da Psicologia e detêm os principais pesquisadores e formuladores de teorias sobre o comportamento humano. No entanto, ao replicar os resultados dessas pesquisas como se fossem universais, corre-se o risco de gerar distorções ao aplicá-los em países com características culturais distintas, como é o caso do Brasil.

¹ Western, Educated, Industrialized, Rich and Democratic (em inglês) identifica que a maioria das pesquisas em psicologia e ciências sociais se concentram com amostras de pessoas que se encaixam nessa descrição.

A essência das psicoterapias está ancorada em tópicos transculturais, independentemente das similaridades ou diferenças entre terapeuta e cliente. Esses tópicos centrais, e os conceitos que os acompanham, moldam a vida e a subjetividade do ser humano. Elementos como família, sexualidade, morte, lazer, crime, entre outros, frequentemente são concebidos de formas distintas em diferentes culturas, o que pode gerar uma dicotomia de expectativas no processo psicoterapêutico. Soma-se a isso a influência dos estereótipos, que também podem interferir na relação entre terapeuta e paciente, ocasionando possíveis distorções no percurso terapêutico (Mancebo, 2018).

Mancebo (2018) chama atenção para as possíveis influências que a cultura pode exercer sobre a compreensão de determinados transtornos mentais. O modelo adotado por uma sociedade, envolvendo suas crenças religiosas, leis, costumes, entre outros aspectos, pode atuar como gatilho para o desenvolvimento de transtornos quase exclusivos daquele contexto cultural. Tais manifestações são denominadas síndromes culturais, e estão descritas no DSM-5 (2014, p. 833-837), na seção intitulada ‘Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento’.

Nesse sentido, os Psicólogos que desejam atuar no campo da psicoterapia intercultural, precisam atentar e desenvolver competências essenciais ao bom desempenho na área da saúde mental, sendo uma delas a empatia cultural, conhecimento de mais de uma língua, humildade cultural, orientação positiva ao multiculturalismo, atitudes e crenças, entender a sua própria visão de mundo e a visão do mundo do cliente, além de outras. Ressalta-se, ainda, que é de fundamental importância possuir habilidades relacionadas a técnicas e estratégias aplicáveis no processo psicoterapêutico e desenvolver estratégias terapêuticas culturalmente sensíveis (Mancebo, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação evidenciou que o deslocamento internacional, mesmo quando planejado, envolve profundas rupturas emocionais e culturais que podem desencadear quadros de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais.

O estresse aculturativo é considerado um dos principais fatores de risco para o adoecimento psíquico, especialmente quando há dificuldade de adaptação à nova cultura ou ausência de suporte social no país de destino. Entre os sintomas mais relatados estão sentimentos de solidão, tristeza persistente, insegurança, medo e dificuldades de pertencimento. Tais manifestações se intensificam em contextos de discriminação, barreiras linguísticas e precariedade socioeconômica.

O estudo também identificou que a Psicologia Intercultural tem potencial significativo para

contribuir na prevenção e no enfrentamento desses impactos. Ao considerar os aspectos culturais, identitários e relacionais do sujeito migrante, essa abordagem oferece estratégias terapêuticas mais sensíveis e contextualizadas, capazes de promover maior bem-estar, resiliência e reconstrução de vínculos afetivos e sociais. Além disso, reforça-se a necessidade de atuação integrada com a Psicologia Clínica e a Psicologia Social, favorecendo intervenções que respeitem a diversidade e estimulem a inclusão dos imigrantes nos contextos comunitários e institucionais.

Conclui-se que a migração é um fenômeno complexo que exige olhares interdisciplinares e práticas psicológicas comprometidas com os direitos humanos e com a saúde integral dos indivíduos. A ampliação das pesquisas sobre o tema e o fortalecimento da Psicologia Intercultural como campo de atuação e conhecimento são caminhos fundamentais para a promoção de saúde mental entre os brasileiros que vivem no exterior.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/439>. Acessado em 02 de maio de 2025.

Angelini, A. L. (2007). Psicologia Intercultural e Psicologia Educacional: Uma contribuição histórica. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 39-46. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94627207.pdf>. Acessado em 02 de maio de 2025.

Aqua, J. K., White, K., & Johnson, D. A. (2023). A systematic review of acculturation and sleep health among adult immigrants in the United States. *Sleep Health*, 9(3), 288-305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36849283/>. Acessado em 02 de maio de 2025.

Associação Brasileira de Psiquiatria. ABP. (2021). Psicoterapia baseada em evidências é o tema do próximo ABPTV. Disponível em: <https://www.abp.org/pos/abp-tv-psicoterapia-baseada-evidencias>. Acessado em 14 de maio de 2025.

Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Secretaria de Comunidades Brasileiras e Assuntos Consulares e Jurídicos. (2022). Comunidades brasileiras no exterior: Ano-base 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mre/pt-br/assuntos/portal-consular/estatisticas/02-08-brasileiros-no-exterior.pdf>. Acessado em 09 de abril de 2025.

Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice*, 2, 100117. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36101596/>. Acessado em 02 de maio de 2025.

Conselho Federal de Psicologia. CFP. (2007). Resolução nº 013/2007. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/10/resolucao2007_13.pdf. Acessado em 02 de maio de 2025.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos Psicológicos* (Natal), 9(2), 293-301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/7dTyvpTbPQW9XfFsgk4shcn/>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Ferreira, A. V. S., & Borges, L. (2022). Metamorfoses interculturais: O impacto da imigração na saúde mental de imigrantes universitários latino-americanos. *Educação em Revista*, 38, e25665. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/MDfzW6ysg4gP6hjCKkJZcGB/abstract/?lang=pt>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Franken, I., Coutinho, M. D. P. D. L., & Ramos, M. N. P. (2012). Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 202-219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/PQYkftZgXX5zDV3k6KT49pB/>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Mancebo, M. A. C. (2018). Competência intercultural e seus desafios. [Trabalho acadêmico, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Porto Alegre. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/193330>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Martins, J. C. B. S. (2019). A Internet das Coisas em Serviços de Saúde (pp. 43-57). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Economia e Gestão. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/628f0b64-9df1-4e83-9b34-5d29f0af466e>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Mello, R. A., & Teo, C. R. P. A. (2019). Psicologia: entre a atuação e a formação para o Sistema Único de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/mDQy5CYCGcSLfZrrrLcs5km>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Oliveira, E. N., Neto, F. F. M., Freire, A. S., Moreira, R. M. M., & Lima, G. F. (2016). Saúde de imigrantes: estudos com brasileiros baseados em evidências. *Revista Sanare*, 15(1), 74-81. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/931>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Organização das Nações Unidas & Organização Internacional para as Migrações. ONU & OIM. (2024). World migration report 2024. Disponível em: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2024-launch>. Acessado em 07 de abril de 2025.

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. de, & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(Suppl 2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XD3SXdNxQPMwj6gc4WRjqSB>. Acessado em 16 de abril de 2025.

Ramos, N. (2008). Migração, aculturação e saúde. In N. Ramos (Org.), *Saúde, migração e interculturalidade: Perspectivas teóricas e práticas* (pp. 45-96). João Pessoa, PB: Editora Universitária, UFPB. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/6831>. Acessado em 16 de abril de 2025.

Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), Jan-Jun. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100008.

Acessado em 16 de abril de 2025.

Robertti Junior, J. P. R., & Justo, A. M. (2013). A Psicologia Social entre rumos e vertentes. *Revista Caminhos – Humanidades*, 4(6), 21-38.

Rodrigues, A. (1986). *Psicologia social* (11. ed., rev. e atual.). Petrópolis: Vozes.

Rosa, C. M., Souza, P. A. R. de, & Silva, J. M. da. (2020). Inovação em saúde e internet das coisas (IoT): Um panorama do desenvolvimento científico e tecnológico. *Revista Perspectivas em Ciência da Informação*, 25(3), 164-181. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/hsKV8qkqbCztFscHPPXBxRc/>. Acessado em 16 de abril de 2025.

Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Goings, T. C., Moleiro, M., Miller, D. P., & Schwartz, S. J. (2018). Immigrants and mental disorders in the United States: New evidence on the healthy migrant hypothesis. *Psychiatry Research*, 267, 438-445. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29980122/>. Acessado em 16 de abril de 2025.

Sam, D. L., & Berry, J. W. (2006). Acculturation and health. In *The Cambridge handbook of acculturation psychology* (pp. 452-463). Cambridge University Press.

Sam, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When individuals and groups of different cultural backgrounds meet. *Perspectives on Psychological Science*. Association for Psychological Science. Disponível em <http://pps.sagepub.com/content/5/472>. Acessado em 16 de abril de 2025.

Santos, A. L. G., Jeffery, A. P. N., Albernaz, B., Netto, F. G. da S., Amaral, G. M., & Penha, M. M. (2023). Ferramentas de tecnologia da informação e da comunicação. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/1921/1831>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237-251. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0019330>. Acessado em 03 de maio de 2025.

Van der Zee, K., & Oudenhoven, J. P. V. (2022). Towards a dynamic approach to acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 88, 119-124. Disponível em: <https://research.rug.nl/en/publications/towards-a-dynamic-approach-to-acculturation>. Acessado em 03 de maio de 2025.



A reestruturação da rede Cegonha e a criação da rede Alyne no Sistema Único de Saúde

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Lília da Silva Melo¹

Miriane de Almeida Fernandes²



RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a reestruturação da assistência à saúde materna no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne. A pesquisa, de abordagem qualitativa, foi realizada por meio de revisão bibliográfica sistematizada, com base em artigos científicos, documentos institucionais e normativas publicadas entre 2011 e 2024. Identificaram-se avanços na ampliação do acesso ao pré-natal, mas também fragilidades na regionalização e no enfrentamento das desigualdades raciais. A morte de Alyne Pimentel evidenciou o racismo institucional e impulsionou a formulação da Rede Alyne. Conclui-se que a nova política representa avanço relevante na promoção da justiça reprodutiva, exigindo implementação com foco territorial, escuta ativa das usuárias e monitoramento contínuo.

Palavras-chave

Equidade racial. Justiça reprodutiva. Saúde materna

ABSTRACT

This study aimed to analyze the restructuring of maternal healthcare within the Brazilian Unified Health System (SUS), with emphasis on the transition from the Rede Cegonha (Stork Network) to the Rede Alyne (Alyne Network). This qualitative research was conducted through a systematized literature review, based on scientific articles, institutional documents, and official regulations published between 2011 and 2024. Advances in expanding access to prenatal care were identified, as well as weaknesses in the regionalization of services and in addressing racial inequalities. The death of Alyne Pimentel exposed institutional racism and drove the development of the Rede Alyne. It is concluded that the new policy represents a significant step forward in promoting reproductive justice, requiring implementation with territorial focus, active listening to users, and continuous monitoring.

Key words

Racial equity. Reproductive justice. Maternal health.

1. Mestre em Master of Science in Healthcare Management pela MUST University (EUA). Pós-graduada em UTI e Urgência e Emergência pela Faculdade do Trabalho (FATRA). Graduada em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos. Técnica em Enfermagem pelo Colégio Projecção. E-mail: liliame-lo14028@student.mustedu.com

2. Doutora em Administração pela Universidade Metodista de Piracicaba. Mestre em Administração pelo Centro Universitário de Campo Limpo Paulista. Professora Adjunta no Programa de Mestrado Master of Science in Healthcare Management da MUST University (USA). Orientadora de alunos de Capstone da MUST UNIVERSITY (USA) nos Programas Master of Science in Healthcare Management e Master of Science in Organizational Psychology. E-mail: miriane.fernandes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultante das mobilizações em prol da Reforma Sanitária, observou-se um avanço nos indicadores de saúde e na ampliação das políticas públicas existentes (Leal et al., 2018). A atenção à saúde da mulher passou a contemplar todas as fases da vida, considerando-a como sujeito autônomo, com direito à sexualidade e à maternidade como escolha (Jorge et al., 2015).

Em 2011, o SUS implementou a Rede de Atenção à Saúde da Mulher, Neonatal e Infantil, a Rede Cegonha, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e oferecer atenção integral com foco na humanização (Leal et al., 2018). A Rede Cegonha se propôs oferecer um pré-natal de padrão elevado, recebendo gestantes e recém-nascidos nos centros de saúde, garantindo um atendimento personalizado e eficiente, além de monitorar o crescimento da criança até os dois anos de idade (Guerra et al., 2016).

Apesar dos avanços, como o aumento da cobertura pré-natal e a melhoria na assistência ao parto (Nunes et al., 2017), o programa apresentou fragilidades na regionalização e na abordagem das desigualdades raciais. Uma das limitações centrais foi a ausência de estratégias específicas para o enfrentamento do racismo estrutural, fator que influencia diretamente os desfechos obstétricos entre mulheres negras. Assim, sua implementação esbarrou em entraves como a frágil articulação entre os níveis de atenção, a desigualdade regional na distribuição de recursos e a limitada compreensão institucional sobre os efeitos do racismo na saúde materna (Santos Filho & Souza, 2021).

A falta de integração efetiva entre atenção primária, secundária e terciária comprometeu a continuidade do cuidado, especialmente em regiões periféricas (Mortelaro et al., 2024). Além disso, a ausência de políticas públicas voltadas à equidade racial aprofundou as desigualdades já existentes. Batista et al. (2016) destacaram que, embora o racismo institucional seja reconhecido no âmbito da saúde, havia uma lacuna significativa na formulação de ações sistemáticas para seu enfrentamento, além de limitações na coleta e análise de dados sobre raça/cor.

Como exemplo desse contexto tem-se o caso de Alyne Pimentel, que se tornou um marco na luta pelos direitos reprodutivos e pela equidade racial na saúde. Inclusive, foi reconhecido como a primeira denúncia relacionada à mortalidade materna recebida pelo *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* (CEDAW), ou, em português, Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

O caso em questão retrata Alyne da Silva Pimentel Teixeira, mulher negra, grávida de seis meses, que em 11 de novembro de 2002, procurou atendimento na Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, em Belford Roxo (Rio de Janeiro), com fortes dores abdominais e náuseas. Após avaliação superficial, foi medicada e liberada. Dois dias depois, retornou ao hospital com piora do quadro e ausência de batimentos cardíacos fetais, confirmada por ultrassonografia. Após o parto de um feto morto, Alyne permaneceu na unidade por 14 horas, aguardando transferência para um hospital com melhores condições. Nesse período, entrou em coma. A transferência para o Hospital Geral de Nova Iguaçu ocorreu sem que houvesse vaga disponível, e Alyne foi reanimada na maca, em estado de hipotermia. Sem prontuário médico encaminhado e com quadro agravado por hemorragia digestiva, Alyne faleceu em 16 de novembro de 2002 (CEDAW, 2011).

Apenas no ano de 2011, a CEDAW responsabilizou o Estado brasileiro por falha na garantia de acesso oportuno e de qualidade aos serviços de saúde (CEDAW, 2011; Mesquita & Kismodi, 2012). A Recomendação Geral n.º 33 do referido Comitê reconheceu a existência de múltiplas formas de discriminação e exigiu políticas interseccionais (ONU, 2015). Essa repercussão internacional fortaleceu os debates internos sobre justiça reprodutiva e equidade racial, pressionando o Estado brasileiro a rever suas estratégias de atenção à saúde materna.

Como resposta a essas demandas históricas e estruturais, em 2024 foi instituída a Rede Alyne, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna em 25% até 2027. A nova política incorporou estratégias voltadas ao enfrentamento do racismo institucional, à justiça reprodutiva e à territorialização do cuidado, buscando superar os limites da Rede Cegonha e responder às exigências por um sistema de saúde verdadeiramente equitativo e humanizado (Brasil, 2024a).

Frente a tal contexto, a escolha deste tema foi justificada por sua relevância social, ao evidenciar as desigualdades raciais, regionais e socioeconômicas que impactam os desfechos obstétricos no Brasil. O caso Alyne simboliza a urgência de ações estruturais no sistema de saúde. No campo científico, a pesquisa contribui para o debate sobre políticas públicas de saúde materna, ao analisar as limitações da Rede Cegonha e os avanços potenciais da Rede Alyne, sob as perspectivas da equidade, humanização e justiça social.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a reestruturação da assistência à saúde materna no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne.

2. METODOLOGIA

A presente pesquisa consistiu numa revisão bibliográfica sobre a reestruturação da Rede Cegonha e a criação da Rede Alyne no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da qual se analisaram e sintetizaram os principais estudos já publicados sobre o tema. Foram selecionados somente materiais que abordassem diretamente o objeto de estudo, com relevância teórica e/ou empírica, redigidos em português ou inglês. A revisão concentrou-se em investigações com abordagens qualitativas e quantitativas, as quais ofereceram contribuições significativas aos conceitos, debates e avanços relacionados à saúde materna. A construção teórica deste trabalho fundamentou-se em autores contemporâneos que discutiram os limites e as potencialidades das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil no Brasil. Os estudos de Leal et al. (2018) e Mortelaro et al. (2024) foram centrais para a compreensão das desigualdades presentes na atenção obstétrica.

O racismo institucional foi discutido a partir das contribuições de Batista et al. (2016), que propuseram estratégias de intervenção para humanizar o cuidado e enfrentar desigualdades étnico-raciais. A noção de justiça reprodutiva também foi mobilizada, defendendo-se uma abordagem ampliada dos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, documentos normativos, como a Portaria nº 1.153/2023, foram utilizados para compreender a formulação da Rede Alyne como uma resposta institucional às falhas identificadas na execução da Rede Cegonha.

Visando compor a base teórica da pesquisa, consultaram-se 38 artigos disponíveis nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), dos quais 17 foram selecionados conforme os critérios de pertinência temática, atualidade (publicações entre 2011 e 2024) e acesso ao texto completo. Os demais 21 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios metodológicos definidos ou por apresentarem baixa aderência ao foco da pesquisa.

A estratégia de busca baseou-se na combinação de palavras-chave diretamente relacionadas à reestruturação da atenção à saúde materna no SUS. As expressões utilizadas incluíram: “Rede Cegonha”, “Rede Alyne”, “saúde materna”, “equidade racial”, “justiça reprodutiva”, “interseccionalidade”, “atenção obstétrica” e “mortalidade materna”, combinadas entre si por meio do operador booleano AND.

Os estudos foram organizados em três eixos temáticos: Eixo 1 - Limites e contradições da Rede Cegonha, que examinou a proposta original da Rede, os seus avanços e as vulnerabilidades evidenciadas na implementação; Eixo 2 - O caso Alyne Pimentel e a sua interseccionalidade na saúde

pública, que abordou o caso como marco jurídico, político e social, refletindo sobre o racismo estrutural e institucional, a violência obstétrica e a invisibilidade das mulheres negras no SUS; e Eixo 3 - A Rede Alyne como política de justiça reprodutiva e equidade no SUS, que discutiu o novo modelo como resposta às limitações da Rede Cegonha, com ênfase na promoção da justiça reprodutiva, da equidade racial e da humanização da atenção à saúde materno-infantil.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Eixo 1 - Limite e contradições da Rede Cegonha

A Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria nº 1.459/2011, buscou modificar a atenção a saúde materno-infantil no SUS, estruturando uma rede de cuidados focada nessa assistência, promovendo o cuidado integral e humanizado (Giovanni, 2013). Essa estratégia incentivou a adoção de uma nova abordagem de assistência relativamente ao parto e ao nascimento, focado nas necessidades da mulher e percebendo esse momento como um processo fisiológico natural, garantindo, ao final, um nascimento seguro e respeitoso para mãe e bebê. No entanto, em 2024, pesquisas indicaram a necessidade de reformular a organização do cuidado materno-infantil no Brasil, devido às restrições existentes na execução da Rede Cegonha.

Embora tenham ocorrido mudanças na estruturação de serviços e ampliação do acesso ao pré-natal, ainda existiam discrepâncias quanto aos objetivos propostos pela Rede Cegonha e os resultados efetivamente obtidos (Santos Filho & Souza, 2021). Além disso, a fragmentação da rede e a falta de coordenação entre os diversos níveis de atenção afetaram a integralidade do cuidado. A desconsideração de uma abordagem interseccional e racial favoreceu a perpetuação de desigualdades históricas, especialmente entre mulheres negras (Batista et al., 2016).

Assim, foram evidenciados limites e contradições da Rede Cegonha, com ênfase nas dificuldades de regionalização dos serviços, na ausência de estratégias interseccionais com foco racial e na baixa efetividade da política em reduzir a mortalidade materna.

a) Dificuldade na regionalização dos serviços

A regionalização constitui um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo concebida para organizar os serviços de forma descentralizada, integrada e territorialmente equitativa, garantindo acesso universal e integral à atenção em saúde (Brasil, 2021). Contudo, sua

aplicação no âmbito da Rede Cegonha enfrentou significativos entraves de ordem estrutural e político-administrativa, dificultando a consolidação de redes regionais efetivas.

Conforme apontam Santos Filho e Souza (2021), a fragmentação e a dispersão dos serviços obstétricos evidenciaram os limites da regionalização. A implementação da Rede Cegonha ocorreu desigualmente entre as regiões brasileiras, com maior êxito nas áreas urbanas previamente estruturadas e expressivas deficiências nos territórios com menor cobertura assistencial e infraestrutura inadequada. Em vez de promover pactuações regionais consistentes, a política foi frequentemente incorporada por arranjos locais desarticulados, comprometendo a continuidade do cuidado ao longo do pré-natal, parto e puerpério.

Essa desorganização impactou diretamente a equidade no acesso e na qualidade da assistência, tornando o atendimento dependente da localização geográfica e da capacidade técnica das administrações locais. Como resultado, acentuaram-se as desigualdades regionais já existentes. De modo geral, a regionalização proposta pela Rede Cegonha mostrou-se mais normativa do que operacional, falhando em reconhecer e enfrentar as assimetrias intermunicipais e interestaduais, além de não assegurar os recursos necessários para sua superação (Santos Filho & Souza, 2021).

Diante dessas fragilidades, a Rede Alyne, proposta em 2024, adota a territorialização como eixo central. Diferentemente da sua antecessora, a nova política enfatiza a construção de fluxos regionais articulados, com investimentos direcionados em transporte, regulação e infraestrutura, além de considerar as vulnerabilidades sociais e raciais como elementos essenciais para o planejamento da atenção obstétrica (Brasil, 2024b).

b) Ausência de abordagem interseccional e racial na Rede Cegonha

Embora a Rede Cegonha tenha sido concebida como uma política inovadora voltada à humanização da atenção obstétrica e neonatal, diversos estudos evidenciaram a ausência de uma abordagem interseccional e racial na sua formulação e implementação. Tal lacuna comprometeu a capacidade da política pública de enfrentar as desigualdades históricas que incidem, sobretudo, sobre mulheres negras no Brasil.

Segundo Batista et al. (2016), embora o discurso oficial da Rede Cegonha tenha enfatizado a humanização do parto e nascimento, não foram incorporadas estratégias específicas para combater o racismo institucional. A política adotou um modelo universalista, que negligencia as distintas condições de acesso e vulnerabilidade vivenciadas por mulheres negras, indígenas e em situação de pobreza. Essa omissão, conforme os autores, contribuiu para a invisibilidade da desigualdade racial dentro do SUS, ainda que haja ampla evidência empírica sobre as suas consequências.

Leal et al. (2018) acrescentam que a ausência de uma perspectiva interseccional impactou negativamente o alcance das metas de redução da mortalidade materna. Como argumentam, a vulnerabilidade não está distribuída uniformemente, e políticas que ignoram as disparidades raciais tendem a produzir efeitos adversos mais intensos entre mulheres negras. Assim, políticas públicas que desconsideram o racismo estrutural na sua concepção agravam, em vez de reduzir, as desigualdades que deveriam combater.

Catoia et al. (2020), ao analisarem o caso de Alyne Pimentel, demonstram como o silêncio estatal diante de mortes previsíveis é expressão direta do racismo institucional. Para os autores, a omissão da Rede Cegonha no enfrentamento dessas questões revela a violência estrutural que perpassa a saúde pública. Ao desconsiderar as intersecções entre raça, gênero e classe, foi violado o princípio da equidade do SUS, que prevê tratamento desigual para os desiguais como forma de justiça social.

Portanto, ainda que tenha representado um avanço simbólico no discurso da humanização, a política da Rede Cegonha mostrou-se limitada ao não enfrentar o racismo estruturalmente. Nesse contexto, ganha relevância a proposta da Rede Alyne, que incorpora a interseccionalidade como eixo central, visando à superação efetiva das desigualdades históricas.

c) Baixa efetividade no enfrentamento da mortalidade materna

Apesar de seus princípios inovadores voltados à humanização do cuidado obstétrico, a Rede Cegonha demonstrou baixa efetividade no enfrentamento da mortalidade materna no Brasil. Ferreira et al. (2023) destacaram que a redução das mortes maternas não ocorreu na proporção esperada, mesmo após a adoção da política estabelecida. A ausência de ações integradas de vigilância assistencial e de sistemas sistemáticos de monitoramento, como nos casos de *near miss*, comprometeu a detecção precoce de riscos e a adoção de intervenções oportunas.

Leal et al. (2018) observaram que, embora houvesse ampliação do acesso ao pré-natal e melhorias pontuais na infraestrutura hospitalar, principalmente em áreas urbanas, os índices de mortalidade materna continuaram elevados, sobretudo entre mulheres negras e residentes em periferias. A assistência prestada, mesmo onde havia serviços disponíveis, mostrava-se desarticulada, com falhas no acolhimento, atrasos no atendimento e deficiências clínicas em situações de emergência. Muitas mortes ocorreram por causas evitáveis, como hemorragias, síndromes hipertensivas e infecções puerperais.

A pandemia de COVID-19 agravou esse cenário. De acordo com Alves et al. (2022), houve um aumento superior a 200% na mortalidade de gestantes e puérperas em 2020, revelando a

fragilidade estrutural dos serviços e a vulnerabilidade pré-existente das políticas públicas. A Rede Cegonha, apesar de seu discurso acolhedor e integrador, mostrou-se incapaz de garantir respostas rápidas e eficientes às complicações clínicas enfrentadas por gestantes em contextos de crise.

Leal et al. (2018) reforçam que parcela expressiva das mortes maternas no Brasil decorre de causas preveníveis, associadas a desigualdades sociais e raciais persistentes. Mulheres negras, com baixa escolaridade e residentes em regiões desassistidas, enfrentam barreiras contínuas ao acesso qualificado durante a gestação, parto e puerpério. Tais desigualdades são sintomáticas de um sistema de saúde que ainda reproduz estruturas discriminatórias e excludentes.

O caso de Alyne Pimentel, amplamente citado na literatura, ilustra essas falhas. Catoia et al. (2020) analisam que Alyne, uma mulher negra, grávida e em sofrimento obstétrico, foi transferida entre unidades de saúde sem receber atendimento adequado, vindo a óbito por causas evitáveis. A negligência estatal nesse episódio é interpretada como reflexo do racismo estrutural e da violência institucional que permeiam o cuidado à saúde reprodutiva de mulheres racializadas no Brasil.

Além disso, o país não atingiu a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que previa a redução em 75% da mortalidade materna até 2015. Embora a Rede Cegonha tenha sido renovada com essa finalidade, sua implementação foi heterogênea e limitada. Dados do Ministério da Saúde e de estudos científicos evidenciam variações acentuadas entre os estados e a inexistência de uma tendência nacional sustentada de queda nos óbitos (Drezett, 2013).

3.2 Eixo 2 - Caso Alyne Pimentel e a sua interseccionalidade na saúde pública

Este eixo teve como propósito analisar a interação entre as dimensões de raça, gênero, classe social e território na constituição das desigualdades em saúde, evidenciando que a ausência de políticas públicas sensíveis à interseccionalidade contribui para a perpetuação de padrões históricos de exclusão no Sistema Único de Saúde (SUS). A discussão foi sustentada por autores que interpretam o caso de Alyne Pimentel como uma expressão emblemática do racismo estrutural, da marginalização das mulheres negras e da necessidade urgente de reorganização do cuidado sob a perspectiva da justiça reprodutiva e da equidade.

Diversos especialistas em saúde pública analisaram o caso como uma manifestação concreta do racismo institucional, da ineficiência da rede de atenção obstétrica e da carência de políticas que reconheçam as especificidades das mulheres negras no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o caso de Alyne Pimentel tornou-se símbolo das múltiplas formas de negligência e violência obstétrica que atingem, desproporcionalmente, mulheres afrodescendentes.

a) Violência obstétrica no caso Alyne Pimentel

Especialistas em saúde pública e direitos reprodutivos examinaram o caso de Alyne Pimentel como um exemplo palpável e doloroso da violência obstétrica praticada de maneira sistemática no Brasil, particularmente contra mulheres negras. Batista *et al.* (2016) destacaram que, em situações como a de Alyne, a violência obstétrica ganha contornos institucionais. Os escritores argumentaram que a distribuição das atribuições entre os serviços de saúde compromete a continuidade do cuidado, a banalização do sofrimento relatado pelo paciente e a demora no atendimento não são apenas erros administrativos, mas também práticas de negligência institucional fundamentadas em estigmas e desigualdades. Segundo esses pesquisadores, a violência obstétrica transcende o ato individual e se apresenta como uma política sinalizada de negação do cuidado adequado.

Catoia *et al.* (2020) enfatizaram que a violência obstétrica experimentada por Alyne estava intrinsicamente ligada às estruturas de poder que permeiam o SUS. Eles indicaram que o falecimento de Alyne é o avanço de um sistema que não permite a legitimidade das angústias das mulheres negras e, ao negá-las, intensificam práticas de invisibilidade, negligência e marginalização. Segundo esses escritores, a falta de escuta, a falta de acolhimento e a responsabilidade fragmentada entre os serviços de saúde são componentes fundamentais da violência obstétrica, que se manifestaram de maneira marcante no trajeto de assistência que resultou na morte de Alyne.

b) Invisibilidade de mulheres negras no SUS

O falecimento de Alyne Pimentel evidencia a permanência de um modelo de atenção à saúde que trata mulheres negras com negligência, desumanização e distanciamento. Segundo Catoia et al. (2020), essa invisibilidade não é acidental, mas fruto de um sistema estrutural de exclusão, em que as vivências dessas mulheres não são consideradas na formulação e execução de políticas públicas. Alyne foi ignorada em vida: sua dor foi minimizada, sua gestação não recebeu prioridade e seu sofrimento não foi reconhecido como demanda urgente de cuidado. Sua morte, só reconhecida internacionalmente após pressão de movimentos de direitos humanos, expõe a incapacidade da saúde pública em garantir um atendimento digno e equitativo às mulheres negras.

A interseccionalidade de raça, gênero e classe, nesse contexto, torna-se um silenciamento institucionalizado. As mulheres negras são frequentemente tratadas como corpos sem valor, sem escuta e sem prioridade, e sua invisibilidade vai além da ausência de políticas específicas, manifesta-se cotidianamente nos serviços de saúde, onde não são vistas como usuárias plenas nem como sujeitas de direito (Catoia et al., 2020).

Batista et al. (2016) reforçam que a ausência de estratégias específicas para combater o racismo institucional durante a vigência da Rede Cegonha contribuiu para a manutenção dessa exclusão. Políticas universais que ignoram as desigualdades raciais tendem a beneficiar grupos já privilegiados, enquanto as mulheres negras permanecem submetidas a cuidados tardios, desarticulados e desvalorizados.

4.3. Eixo 3: A Rede Alyne como políticas de justiça reprodutiva e equidade no SUS

Este eixo analisou a criação da Rede Alyne como uma resposta política às limitações da Rede Cegonha, incorporando uma nova abordagem na atenção à saúde materna e neonatal no Brasil. A nova política surgiu como uma alternativa necessária diante da incapacidade da Rede Cegonha de enfrentar desigualdades estruturais no SUS. Mortelaro et al. (2024) destacaram que a Rede Alyne introduziu o conceito de justiça reprodutiva como eixo orientador, defendendo intervenções que considerem as desigualdades raciais, territoriais e sociais que impactam especialmente mulheres negras.

Batista et al. (2016) já alertavam, antes mesmo da formulação da nova política, que a ausência de estratégias antirracistas na Rede Cegonha limitava sua efetividade. Segundo os autores, políticas universais que ignoram as especificidades raciais perpetuam iniquidades e não promovem justiça social. A Rede Alyne, ao priorizar a equidade racial, representa um avanço estrutural e ético nesse sentido.

Catoia et al. (2020) complementaram esse entendimento ao interpretar a nomeação da nova rede como uma ação simbólica e reparadora. Ao homenagear Alyne Pimentel, vítima de negligência obstétrica e racismo institucional, o Ministério da Saúde reconhece falhas históricas e assume o compromisso com mudanças profundas no modelo de atenção obstétrica.

a) Como a Rede Alyne incorpora equidade racial, humanização e regionalização

A Rede Alyne representa uma resposta estruturada às limitações da Rede Cegonha, incorporando justiça reprodutiva, equidade racial e regionalização como eixos centrais. Mortelaro et al. (2024) destacaram que a nova política vai além da ampliação da cobertura, ao propor medidas específicas para corrigir desigualdades históricas que afetam, sobretudo, mulheres negras. Batista et al. (2016) já advertiam que, sem o enfrentamento do racismo institucional, políticas públicas maternas tenderiam à ineficácia, como ocorreu na Rede Cegonha. Nesse sentido, a Rede Alyne fortalece o compromisso com a equidade. Para Catoia et al. (2020), sua criação também carrega valor simbólico

e reparador, ao reconhecer, por meio do nome de Alyne Pimentel, as falhas históricas do Estado na atenção obstétrica.

b) Os avanços da Rede Alyne em relação à Rede Cegonha

A Rede Alyne representa um avanço conceitual e operacional em relação à Rede Cegonha, ao propor uma reformulação da política de atenção à saúde materna no SUS com foco na justiça reprodutiva, equidade racial e territorialização do cuidado. Diferente da abordagem universalista da Rede Cegonha, que desconsiderava as especificidades da população negra (Mortelaro et al., 2024), a Rede Alyne estabelece metas explícitas para a redução da mortalidade materna entre mulheres negras, incorporando a equidade como princípio estruturante.

Batista et al. (2016) já alertavam que políticas sem enfrentamento direto ao racismo institucional apresentavam limitações na eficácia. Nesse sentido, a Rede Alyne rompe com esse padrão ao incluir a questão racial como eixo operacional, o que representa um marco importante na gestão da saúde pública.

Ferreira et al. (2023) destacaram como inovação a implementação de sistemas de monitoramento dos casos de near miss materno, permitindo maior vigilância e resposta preventiva, superando falhas da Rede Cegonha na produção e uso de dados.

Adicionalmente, a Rede Alyne busca resolver entraves históricos da regionalização, como a ausência de coordenação interfederativa e a frágil articulação entre os níveis de atenção. Conforme apontado por Santos Filho e Souza (2021), a nova política aposta na reorganização dos fluxos de cuidado, investimentos em transporte sanitário e integração entre a atenção básica e maternidades de referência, promovendo um modelo baseado na equidade territorial.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da reestruturação das políticas de saúde materno-infantil no Brasil, por meio da transição da Rede Cegonha para a Rede Alyne, evidenciou um movimento relevante para o enfrentamento das desigualdades raciais, regionais e de gênero no SUS. Embora a Rede Cegonha tenha promovido avanços como a ampliação do acesso ao pré-natal e a valorização do parto humanizado, sua execução apresentou fragilidades significativas. Entre elas, destacam-se a dificuldade de regionalização dos serviços, a ausência de ações efetivas contra o racismo institucional e a insuficiente redução da mortalidade materna entre mulheres negras.

O caso de Alyne Pimentel revelou, de forma emblemática, como a negligência, o racismo estrutural e as falhas institucionais afetam a saúde reprodutiva de mulheres negras. Sua morte se tornou um marco simbólico e político que impulsionou o debate sobre os direitos reprodutivos e a responsabilidade do Estado diante da mortalidade materna, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e racial.

A criação da Rede Alyne representa, assim, uma resposta concreta a essas falhas históricas. Com base na justiça reprodutiva, na equidade racial e na humanização do cuidado, essa política propõe um novo modelo de atenção à saúde materna, comprometido com o enfrentamento das desigualdades estruturais. Mais do que uma revisão normativa, trata-se de uma reorientação ética do SUS, com foco na escuta ativa das mulheres e no reconhecimento das interseccionalidades que impactam seus percursos de cuidado.

Para que a Rede Alyne alcance seus objetivos, torna-se fundamental o fortalecimento da formação em saúde com enfoque antirracista, a implementação de estratégias de monitoramento e a participação ativa das comunidades nos processos de avaliação. Pesquisas futuras poderão acompanhar seus efeitos nos indicadores de saúde e nas experiências concretas das usuárias.

Conclui-se que a Rede Alyne representa um marco na consolidação de um SUS mais equitativo, reafirmando o direito das mulheres negras à vida, ao cuidado digno e à justiça reprodutiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, R. P., Silva, P. H. P., Sousa, D. M., Costa, A. C. M. M., Nery, L. G., & Etiquette, D. (2022). Mortalidade materna em tempos de pandemia de COVID-19: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(4), e28711426942. Disponível em <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26942>. Acessado em 17 de maio de 2025.

Batista, L. E., Rattner, D., & Kalckmann, S. (2016). Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 689–702. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146290>. Acessado em 18 maio de 2025.

Brasil. Governo Federal. Ministério da Saúde³. (2021). Regionalização do SUS. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>. Acessado em 28 de julho de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. (2024a). Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024: Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Ministério da Saúde. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acessado em 10 de maio de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. (2024b). Nota Técnica Conjunta nº 220/2024 – DGCI/SAPS/MS, DAHU/SAES/MS. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/nota-tecnica-orienta-estados-e-municipios-na-implementacao-da-rede-alyne>. Acessado em 6 de junho de 2025.

Catoia, C. C., Severi, F. C., & Firmino, I. F. C. (2020). Caso "Alyne Pimentel": violência de gênero e interseccionalidades. *Revista Estudos Feministas*, 28(2). Disponível em <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n160361>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (2011). Comunicação nº 17/2008: Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil (Documento da ONU CEDAW/C/49/D/17/2008). Disponível em https://www.reproductiverights.org/sites/default/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_0.pdf. Acessado em 10 de maio de 2025.

Drezett, J. (2013). Mortalidade materna no Brasil: insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. *Reprodução & Climatério*, 28(3). Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.recli.2014.06.003>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Ferreira, M. E. S., Coutinho, R. Z., & Queiroz, B. L. (2023). Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(8), e00013923. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT013923>. Acesso em: 23 de maio de 2025.

Giovanni, M. R. C. (2013). Da concepção à implantação. Escola Nacional de Administração Pública. Disponível em <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/410>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Guerra, H. S., Hirayama, A. B., Silva, A. K. C., Oliveira, B. J. S., & Oliveira, J. F. J. (2016). Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro. *Iniciação Científica Cesumar*, 18(1). Disponível em <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Jorge, H. M. F., Hipólito, M. C. V., Masson, V. A., & Silva, R. M. (2015). Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(1). Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428019>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Leal, M. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F. C., & Victora, C. G. (2018). Saúde, reprodutiva e materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6). Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Mesquita, J. B., & Kismödi, E. (2012). Maternal mortality and human rights: Landmark decision by United Nations human rights body. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2). <https://doi.org/10.2471/BLT.11.101410>. Acessado em 10 de maio de 2025.

Mortelaro, P. K., Cirelli, J. F., Narchi, N. Z., & Campos, E. A. (2024). Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. *Saúde em Debate*, 48(140), e8152. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2358-289820241408152P> . Acessado em 27 de maio de 2025.

Nunes, A. D. S., Amador, A. E., Dantas, A. P. Q. M., Azevedo, U. N., & Barbosa, I. R. (2017). Acesso à assistência pré-natal no Brasil: Análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(3). Disponível em <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158> . Acessado em 10 de maio de 2025.

Organização das Nações Unidas. ONU. (2015). Recomendação Geral nº 33: Sobre o acesso das mulheres à justiça (Comitê CEDAW). Disponível em https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/rec_geral_33_acesso_das_mulheres_a_justica.pdf . Acessado em 10 de maio de 2025.

Santos Filho, S. B., & Souza, K. V. (2021). Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 775-780. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020> . Acesso em 03 de junho de 2025.



Estratégias multiprofissionais para promoção do envelhecimento ativo e prevenção de quedas na população idosa.

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Ridágna Zulmira de Almeida¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que impõe desafios aos sistemas de saúde, exigindo estratégias para promover o envelhecimento ativo e prevenir quedas entre idosos. Este estudo investigou a eficácia de intervenções multiprofissionais voltadas à prevenção de quedas. Trata-se de uma revisão integrativa, com análise de artigos publicados entre 2019 e 2024 em bases de dados relevantes. As evidências apontam que exercícios físicos, adaptações no ambiente e ações educativas são eficazes para reduzir quedas e melhorar a qualidade de vida. A atuação multiprofissional mostrou-se essencial para a integralidade do cuidado. Os resultados reforçam a importância de políticas públicas intersetoriais que ampliem o acesso a programas preventivos, promovendo um envelhecimento saudável, seguro e com maior autonomia.

Palavras-chave

Envelhecimento ativo. Prevenção de quedas. Intervenções multiprofissionais

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon that challenges health systems, requiring strategies to promote active aging and prevent falls among older adults. This study examined the effectiveness of multiprofessional interventions aimed at preventing falls. It is an integrative literature review, analyzing articles published between 2019 and 2024 in relevant databases. Evidence shows that physical exercises, environmental adaptations, and educational actions are effective in reducing falls and improving quality of life. Multiprofessional care proved essential for comprehensive elderly health support. The results reinforce the importance of intersectoral public policies that expand access to preventive programs, promoting a safe, healthy, and autonomous aging process.

Key words

Active aging. Fall prevention. Multiprofessional interventions.

1. Mestre em Gestão de Cuidados na Saúde pela Must University, Graduada em Fisioterapia pela Faculdade Católica do RN. Especialista em Fisioterapia Traumato-ortopédica e Desportiva de Resultados pelo Centro Universitário Anhanguera Unopar de Niterói. E-mail: ridagnaalmeida@gmail.com

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Biomedicina Estética pela Faculdade Venda Nova do Imigrante e em Saúde Estética pela Universidade de Uberaba. Graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

O conceito de envelhecimento ativo foi introduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e enfatiza a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Esse modelo busca ampliar a autonomia, incentivando o envolvimento social, mental e físico dos idosos como forma de prevenir declínios funcionais (Organização Mundial de Saúde, 2021). Estudos indicam que programas voltados ao envelhecimento ativo, como atividades físicas e intervenções educativas, apresentam resultados positivos na redução de quedas (Novaes *et al.*, 2023).

As quedas nas pessoas idosas estão frequentemente associadas a fatores intrínsecos, como sarcopenia, desequilíbrios posturais e comorbidades crônicas, além de fatores extrínsecos, como barreiras ambientais e inadequações domiciliares (Lee & Yu, 2020). De acordo com Diniz *et al.* (2024), é fundamental implementar medidas preventivas que integrem o monitoramento clínico com adaptações ambientais, reduzindo significativamente os riscos e garantindo um ambiente seguro.

Dentre as estratégias preventivas mais eficazes estão os programas de exercícios físicos, que atuam no fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação. Intervenções baseadas em atividades como Pilates, treinamento de resistência e atividades aeróbicas demonstram reduzir a frequência de quedas e melhorar a mobilidade dos idosos (Lopes *et al.*, 2023).

Além dos exercícios, modificações ambientais desempenham um papel crucial na prevenção de quedas. A adaptação de residências e instituições de longa permanência inclui a instalação de barras de apoio, corrimãos, pisos antiderrapantes e boa iluminação (Lopes *et al.*, 2023). Tais intervenções visam minimizar os riscos extrínsecos que potencializam as quedas, especialmente entre os idosos mais vulneráveis, com mobilidade reduzida ou dependência funcional.

A educação e a conscientização também são componentes essenciais para a promoção da saúde e segurança dos idosos. Programas educativos voltados para idosos, cuidadores e profissionais de saúde contribuem para a identificação precoce dos riscos e a adoção de comportamentos preventivos (Derhun *et al.*, 2022). Segundo Gonçalves *et al.* (2022), campanhas educativas aliadas às políticas públicas têm o potencial de reduzir os índices de quedas, capacitando a população a adotar medidas proativas.

A abordagem multiprofissional é outro fator determinante no enfrentamento desse problema. Fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e nutricionistas desempenham papéis complementares na promoção do envelhecimento ativo e na prevenção de quedas (Costa *et al.*, 2023).

No entanto, os desafios para a implementação dessas estratégias ainda são significativos, especialmente em países com recursos limitados. Segundo Albasha *et al.* (2023), a articulação entre políticas públicas e ações locais é fundamental para expandir programas preventivos de forma equitativa.

Contudo, o problema central investigado consiste em entender como as intervenções voltadas ao envelhecimento ativo podem promover a segurança e o bem-estar da população idosa, reduzindo o risco de quedas. A relevância dessa temática está ancorada no aumento da expectativa de vida global, que exige a adaptação dos sistemas de saúde para atender às demandas crescentes dessa população. Além disso, o envelhecimento ativo é um conceito fundamental para assegurar não apenas longevidade, mas também qualidade de vida aos idosos.

Com base nos dados extraídos, espera-se identificar boas práticas e evidências na literatura que possam subsidiar novas estratégias e políticas públicas voltadas à promoção de um envelhecimento saudável. O estudo busca contribuir para o desenvolvimento de intervenções integradas que reforcem a independência funcional e o bem-estar dos idosos, oferecendo uma perspectiva prática e científica para o enfrentamento dos desafios impostos por esse tema.

2. METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi estruturada para entender como as intervenções voltadas ao envelhecimento ativo poderiam ajudar a prevenir quedas em pessoas idosas, promovendo sua segurança e bem-estar. Inicialmente, definiu-se o problema da pesquisa, que consistiu em investigar a eficácia das intervenções na redução de quedas, uma questão relevante para a qualidade de vida da população idosa.

A pesquisa bibliográfica, do tipo integrativa, foi realizada nas bases de dados *Scielo*, *PubMed*, *LILACS*, *BVS*, *Cochrane Library* e *Scopus*. Foram estabelecidos critérios de inclusão para a seleção dos artigos, contemplando publicações dos últimos cinco anos, estudos que abordaram intervenções relacionadas ao envelhecimento ativo e à prevenção de quedas, artigos com acesso gratuito e disponíveis na íntegra, além de publicações em português, inglês ou espanhol. Além disso, foram aplicados critérios de exclusão, desconsiderando artigos que não abordaram diretamente a prevenção de quedas em idosos, estudos sem resultados empíricos, publicações anteriores a 2019 e aqueles que não ofereciam acesso completo. Com base nesses critérios, foi realizada uma busca sistemática utilizando os descritores envelhecimento ativo, prevenção de quedas, população idosa, estratégias multiprofissionais e qualidade de vida.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo foi amplamente promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma estratégia para otimizar a saúde, a participação e a segurança da população idosa. A OMS define o envelhecimento ativo como o processo de aproveitar as oportunidades para melhorar a saúde física, social e mental à medida que se envelhece (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Segundo Sousa *et al.* (2024), o envelhecimento ativo inclui fatores como a promoção de atividades físicas regulares, a adaptação de políticas de saúde que incentivem a autonomia e o suporte para um envelhecimento com qualidade de vida. Ainda, de acordo com os autores, a prática do envelhecimento ativo também promove a autonomia dos idosos, ajudando-os a se adaptar aos desafios físicos e sociais do envelhecimento.

A saúde física é primordialmente mantida através de um estilo de vida que incorpore atividades físicas regulares, alimentação equilibrada e cuidados médicos preventivos. A prática regular de exercícios físicos, como caminhada, yoga e treinamento de força, tem se mostrado benéfica na manutenção da massa muscular, flexibilidade e equilíbrio, fatores críticos na prevenção de quedas e na promoção da autonomia (Sousa *et al.*, 2024).

Um estudo realizado por Paiva Neto *et al.*, (2022), analisou a eficácia de programas de exercícios físicos em idosos e concluiu que a prática regular de atividades físicas, especialmente aquelas focadas em equilíbrio e força, pode reduzir as quedas em até 30%. Essa pesquisa sublinha a importância da atividade física não apenas para melhorar a mobilidade, mas também para aumentar a confiança dos idosos em suas habilidades funcionais.

A pesquisa realizada por Jacqueline e Lord (2022), que investigou o impacto das modificações ambientais na prevenção de quedas, revelou que intervenções simples, como a instalação de barras de apoio e a remoção de obstáculos nos lares, resultaram em uma significativa redução nas quedas entre os idosos.

Uma revisão sistemática conduzida por Pereira e Kanashiro (2022), destacou a importância da educação e conscientização sobre os riscos de quedas. O estudo demonstrou que programas educativos que envolvem tanto as pessoas idosas quanto seus cuidadores podem levar a uma diminuição nas quedas ao aumentar o conhecimento sobre fatores de risco e estratégias preventivas.

Vieira e Almeida (2022), abordaram as implicações sociais das quedas e como as intervenções multiprofissionais podem ajudar a diminuir seus efeitos. O estudo sugere que um modelo de cuidado integrado, envolvendo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais, é crucial para atender às necessidades complexas dos idosos. A colaboração entre diferentes profissionais permite uma abordagem mais holística, abordando não apenas os aspectos físicos da prevenção de quedas, mas também as dimensões sociais e emocionais do envelhecimento.

3.2 Benefícios do Envelhecimento Saudável

O envelhecimento ativo é associado a uma série de benefícios para a saúde dos idosos, que vão desde a melhoria da capacidade funcional até a promoção de bem-estar emocional. Estudos apontam que a prática de atividades físicas, inserida no conceito de envelhecimento ativo, diminui o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além de fortalecer os músculos e melhorar o equilíbrio (Puglia *et al.*, 2024). Para esses mesmos autores, a promoção de atividades sociais e intelectuais em idosos tem impacto direto na redução dos sintomas de depressão e na prevenção do isolamento social, fatores essenciais para um envelhecimento saudável.

A promoção do envelhecimento ativo e a prevenção de quedas em idosos não podem ser dissociadas dos aspectos sociais e emocionais que influenciam a saúde dessa população. Estudos recentes indicam que o suporte social é um fator determinante para a saúde mental e física dos idosos, contribuindo para a sua autonomia e qualidade de vida (Novaes *et al.*, 2023).

A formação contínua de profissionais de saúde é outro fator importante para garantir que as intervenções sejam eficazes e atualizadas. A literatura sugere que programas de capacitação que abordem as especificidades do cuidado ao idoso, incluindo técnicas de prevenção de quedas e promoção do envelhecimento ativo, são fundamentais para melhorar a qualidade do atendimento (Pereira & Kanashiro, 2022). Investir na educação dos profissionais permite uma abordagem mais integrada e centrada no paciente, resultando em melhores desfechos para os idosos.

3.3 Epidemiologia das Quedas na População Idosa

A prevalência das quedas é ainda mais alarmante em contextos de vulnerabilidade social, onde fatores como a falta de acesso a serviços de saúde e ambientes inadequados aumentam os riscos (Diniz *et al.* 2024).

Os episódios de queda nas pessoas idosas configuram um desafio crítico para o Sistema Único de Saúde (SUS), impactando tanto a assistência quanto os recursos financeiros disponíveis. Esses eventos destacam-se como uma das principais causas de hospitalização nessa faixa etária, frequentemente resultando em internações prolongadas, procedimentos cirúrgicos, reabilitação intensiva e necessidade de cuidados contínuos a longo prazo. De acordo com o Ministério da Saúde (2023), as quedas contribuem significativamente para o aumento das taxas de hospitalização entre indivíduos com mais de 60 anos, o que acarreta elevados custos para o sistema público de saúde.

As implicações vão além dos custos diretos, abrangendo também a necessidade de políticas públicas que abordem a prevenção de quedas como estratégia de saúde coletiva. O SUS, em conformidade com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tem enfatizado ações de promoção da saúde e prevenção de riscos como parte do cuidado integral às pessoas idosas. Contudo, estudos apontam que as quedas geram uma demanda crescente por serviços especializados, como fisioterapia e acompanhamento psicológico, evidenciando a necessidade de fortalecer a integração multiprofissional e o acesso aos cuidados primários (Vieira & Almeida, 2022).

O quadro abaixo apresenta a prevalência de quedas entre diferentes faixas etárias, destacando um aumento significativo na incidência à medida que a idade avança. Para indivíduos de 60 a 69 anos, a prevalência de quedas é de 26,1%, sendo mais comuns entre os idosos mais jovens e frequentemente associadas à redução inicial da mobilidade (Brasil, 2023b).

Na faixa etária de 70 a 79 anos, essa prevalência aumenta para 32,4%, refletindo um declínio progressivo na força muscular e no equilíbrio, fatores que contribuem para um maior risco de quedas. Por fim, entre aqueles com 80 anos ou mais, a prevalência atinge o patamar máximo de 40,0%, o que está intimamente relacionado à fragilidade, à presença de múltiplas comorbidades e a uma maior dependência funcional. Esses dados ressaltam a importância de intervenções direcionadas para a prevenção de quedas em idosos, especialmente nas faixas etárias mais avançadas (Brasil, 2023b).

Quadro 1 - Prevalência de quedas por faixa etária.

Faixa Etária (anos)	Prevalência de Quedas (%)	Descrição
60-69 anos	26.1%	Quedas mais comuns em idosos mais jovens, frequentemente relacionadas à redução inicial da

		mobilidade.
70-79 anos	32.4%	Maior prevalência devido a declínios progressivos na força muscular e equilíbrio.
80 anos ou mais	40.0%	Prevalência máxima, associada a fragilidade, múltiplas comorbidades e maior dependência.

Fonte: Adaptado de Brasil (2023, n.p.).

De acordo com o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), cerca de 25% dos idosos residentes em áreas urbanas relataram ter sofrido quedas, e essa taxa aumenta significativamente entre os mais velhos, com estimativas indicando que 40% dos idosos com 80 anos ou mais sofrem quedas anualmente (Brasil, 2023a).

Fatores como sexo feminino, idade avançada (acima de 75 anos) e condições de saúde como artrite, diabetes e depressão estão associados a um maior risco de quedas. Além disso, as quedas não apenas resultam em lesões físicas, como fraturas e incapacidades, mas também geram impactos psicológicos significativos, como o medo de cair novamente, levando a uma redução na mobilidade e na qualidade de vida (Diniz *et al.*, 2024).

A tendência de mortalidade por quedas entre os idosos brasileiros tem mostrado um aumento preocupante. Entre 2000 e 2019, foram registrados 135.209 óbitos decorrentes de quedas nessa faixa etária, com uma taxa de incremento anual de 5,45%. Os dados indicam que a mortalidade é mais acentuada entre as mulheres e os idosos com 80 anos ou mais. Essa elevação nas taxas de mortalidade pode ser atribuída não apenas ao aumento da longevidade da população, mas também à falta de políticas públicas adequadas para garantir a segurança e a mobilidade dos idosos, especialmente, em ambientes urbanos (Vieira & Almeida, 2022).

3.4 Consequências das Quedas

As quedas em idosos têm consequências significativas que afetam não apenas a saúde física, mas também a saúde mental e a qualidade de vida. Em termos físicos, as quedas frequentemente resultam em fraturas, especialmente no fêmur e no punho, além de lesões nos tecidos moles e traumatismos cranianos. Essas lesões podem levar a um aumento da dependência funcional, exigindo assistência para atividades diárias que antes eram realizadas de forma independente (Pereira & Kanashiro, 2022).

O impacto físico das quedas é, muitas vezes, duradouro, resultando em limitações permanentes na mobilidade e na capacidade de realizar tarefas cotidianas, o que pode agravar o estado geral de saúde do idoso (Brasil, 2023b).

As consequências sociais das quedas também são notáveis. A perda de autonomia e a necessidade de cuidados adicionais podem sobrecarregar familiares e cuidadores, alterando dinâmicas familiares e levando a mudanças significativas na estrutura do suporte social do idoso. A dependência crescente pode resultar em estresse emocional tanto para os idosos quanto para seus cuidadores, afetando a qualidade das relações interpessoais e aumentando a carga emocional sobre os envolvidos (Vieira & Almeida, 2022).

Há uma necessidade premente quanto a implementação de estratégias eficazes de prevenção de quedas que considerem tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos e sociais envolvidos, promovendo, assim, um envelhecimento mais saudável e ativo entre os idosos (Brasil, 2023a).

3.5 Intervenções para Prevenção de Quedas

As intervenções multiprofissionais são fundamentais na prevenção de quedas entre idosos, devido à complexidade dos fatores que contribuem para sua ocorrência. Estudos destacam que programas de exercícios físicos, conduzidos por profissionais de educação física e fisioterapeutas, desempenham papel essencial na melhora do equilíbrio, da força muscular e da mobilidade funcional, reduzindo o risco de quedas. Essas intervenções são ainda mais eficazes quando incluem treinamento específico de equilíbrio e exercícios de resistência progressiva, promovendo adaptações neuromusculares que conferem maior estabilidade postural (Silva *et al.*, 2020).

O cuidado integral à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde é fundamental para garantir que os idosos recebam um atendimento adequado e personalizado, considerando suas necessidades específicas. Segundo o Ministério da Saúde (2021), essa abordagem deve incluir a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a gestão de condições crônicas, além de fomentar a autonomia e a qualidade de vida dos idosos. A implementação de práticas que integrem diferentes profissionais da saúde, é essencial para desenvolver um plano de cuidado que aborde não apenas os aspectos físicos, mas também os sociais e emocionais do envelhecimento. Essa estratégia multidisciplinar visa criar um ambiente propício ao envelhecimento ativo, onde os idosos possam participar ativamente de suas próprias vidas.

A prevenção de quedas em idosos é uma questão de saúde pública que demanda uma abordagem diversificada, englobando intervenções físicas, ambientais e educativas. Portanto, a implementação de estratégias eficazes para reduzir a incidência de quedas é essencial para melhorar a qualidade de vida dos idosos e minimizar os custos associados ao tratamento de lesões decorrentes dessas quedas (Jacqueline & Lord, 2022).

O Protocolo de Prevenção de Quedas, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Anvisa e a Fiocruz, reforça a importância de medidas sistemáticas em ambientes hospitalares. Este documento estabelece diretrizes para a identificação precoce de fatores de risco, a capacitação de profissionais e a adoção de práticas preventivas. A abordagem multiprofissional é uma característica central do protocolo, que destaca a relevância de intervenções integradas para minimizar danos associados às quedas em pacientes hospitalizados (Brasil, 2013).

A PNSPI reforça a necessidade de ações preventivas em todos os níveis de atenção à saúde, destacando a importância da identificação precoce de fatores de risco e intervenções que promovam a autonomia e a segurança dos idosos (Brasil, 2014). Entre os programas implementados pelo SUS, destaca-se o Academia da Saúde, que visa a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com ênfase em atividades físicas regulares, orientadas por profissionais qualificados. Estudos apontam que a prática de exercícios físicos pode reduzir significativamente o risco de quedas ao melhorar o equilíbrio, a força muscular e a mobilidade (Brasil, 2011).

Além disso, o SUS adota protocolos específicos, como o Protocolo de Prevenção de Quedas em Ambientes Hospitalares, cujo objetivo é minimizar os riscos em pacientes internados por meio da avaliação sistemática dos fatores de risco, como mobilidade reduzida, uso de medicamentos e condições ambientais inadequadas (Brasil, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Atenção Básica são pilares fundamentais dessas iniciativas. Os agentes comunitários de saúde (ACS) desempenham um papel essencial na identificação de riscos no ambiente domiciliar, orientando idosos e familiares sobre adaptações necessárias, como a instalação de barras de apoio e a remoção de tapetes soltos, que podem aumentar a probabilidade de quedas (Brasil, 2023a). Paralelamente, grupos de convivência organizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) promovem atividades educativas e práticas, como oficinas de equilíbrio e força muscular, visando à redução da incidência de quedas.

É importante ressaltar que a implementação de medidas preventivas deve ser acompanhada por uma educação contínua dos pacientes e profissionais de saúde sobre os riscos e as estratégias para mitigá-los. A criação de um ambiente seguro e a promoção da mobilidade ativa são fundamentais para garantir a autonomia e o bem-estar dos idosos. Dessa forma, as intervenções para a prevenção

de quedas não apenas visam reduzir a incidência desse evento adverso, mas também promover um envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2023b).

Uma abordagem integrada e multiprofissional é crucial para a prevenção de quedas entre a população idosa. A combinação de estratégias personalizadas, que incluem exercícios físicos, modificações no ambiente e programas educacionais, tem se mostrado a forma mais eficaz de enfrentar esse desafio. De acordo com Lee e Yu (2020), a implementação de intervenções multifatoriais e programas de exercícios não apenas reduz a incidência de quedas, mas também melhora significativamente a qualidade de vida dos idosos, enfatizando a necessidade de um esforço colaborativo entre diferentes profissionais de saúde.

A educação e conscientização sobre os riscos associados às quedas são essenciais para capacitar os idosos e seus cuidadores a adotarem comportamentos seguros. Programas educativos podem informar sobre a importância da atividade física regular, como realizar exercícios em casa e as adaptações necessárias no ambiente doméstico (Aguiar, Chaves & Gomes, 2021).

A combinação dessas intervenções — exercícios físicos, modificações ambientais e educação — forma uma abordagem abrangente que pode ser adaptada às necessidades individuais dos idosos. A eficácia dessas estratégias é amplamente apoiada por evidências científicas que demonstram sua capacidade de reduzir significativamente as taxas de quedas (Dourado Júnior *et al.*, 2022).

Além disso, a colaboração entre profissionais da saúde, cuidadores e familiares é vital para garantir que as intervenções sejam eficazes. A implementação bem-sucedida dessas estratégias requer um esforço conjunto para identificar riscos específicos e desenvolver planos personalizados que atendam às necessidades dos idosos. Essa abordagem colaborativa não só melhora a segurança do idoso em seu ambiente cotidiano, mas também fortalece o suporte social necessário para um envelhecimento saudável (Dourado Junior *et al.*, 2022).

Um estudo sistemático realizado por Silva *et al.* (2020) revisou 20 artigos sobre intervenções eficazes na prevenção de quedas, identificando que 55% dessas intervenções consistiam em programas de exercícios físicos, enquanto 45% eram multicomponentes. As intervenções incluíram atividades como treinamento de equilíbrio, fortalecimento muscular e avaliações ambientais, que resultaram em uma significativa redução nas taxas de quedas e no medo de cair entre os idosos.

Outro estudo relevante conduzido por Costa *et al.* (2023) enfatizou o papel da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos. A pesquisa revisou intervenções fisioterapêuticas, como exercícios de equilíbrio e programas de treinamento funcional, que demonstraram ser eficazes na melhoria da força muscular e da mobilidade funcional dos participantes. Os resultados indicaram que essas

intervenções não apenas reduziram o risco de quedas, mas também melhoraram a qualidade de vida dos idosos.

A análise dos artigos selecionados revelou uma diversidade de estratégias eficazes, incluindo a prática regular de exercícios físicos, modificações ambientais e programas de educação e conscientização. Essas abordagens demonstraram não apenas reduzir a incidência de quedas, mas também promover a autonomia e o bem-estar dos idosos, ressaltando a necessidade de um enfoque multidisciplinar para enfrentar esse desafio crescente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo destaca a relevância das intervenções voltadas para o envelhecimento ativo e a prevenção de quedas entre a população idosa. Os principais resultados obtidos revelaram que estratégias como a prática regular de exercícios físicos, modificações ambientais e programas de conscientização têm um impacto positivo na redução do risco de quedas, promovendo não apenas a segurança, mas também a autonomia e a qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento ativo aliado a estratégias preventivas interdisciplinares mostra-se fundamental na redução das quedas em idosos. As práticas identificadas na literatura reforçam a eficácia de intervenções físicas, ambientais e educativas, promovendo a qualidade de vida e autonomia da população idosa. As políticas públicas devem priorizar essas ações, estimulando a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e os profissionais envolvidos no cuidado ao idoso.

É fundamental destacar que as intervenções identificadas no estudo podem servir como base para futuras iniciativas que visem integrar diferentes áreas do conhecimento, como saúde, assistência social e urbanismo, na criação de ambientes mais seguros e inclusivos. Além disso, é essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados para aplicar essas estratégias em suas práticas diárias, promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, sugere-se que futuras pesquisas explorem mais profundamente as intervenções específicas que se mostraram eficazes na prevenção de quedas, assim como a avaliação do impacto dessas ações em diferentes contextos sociais e culturais. A continuidade do estudo nessa área é crucial para aprimorar as estratégias existentes e desenvolver novas abordagens que atendam às necessidades da população idosa em constante evolução.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, L. C., Chaves, J. F., & Gomes, C. T. (2021). Prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 3(1), 15-28. Disponível em <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/864>. Acessado em 18 de novembro de 2024.

Albasha, N., Ahern, L., O'Mahony, L., McCullagh, R., Cornally, N., McHugh, S., & Timmons, S. (2023). Implementation strategies to support fall prevention interventions in long-term care facilities for older persons: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 23, 47. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03738-z>. Acessado em 19 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. (2023a). Guia de cuidados para a pessoa idosa [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acessado em 18 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. (2023b). Cuidado integral à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: um guia prático. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/conheca-o-guia-de-cuidados-para-a-pessoa-idosa-lancado-pelo-ministerio-da-saude>. Acessado em 18 de janeiro de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa/diretrizes>. Acessado em 17 de janeiro de 2025

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Protocolo de Prevenção de Quedas em Ambientes Hospitalares. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-prevencao-de-quedas/view>. Acessado em 17 de janeiro de 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Programa Academia da Saúde: orientações para implantação. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/academia-da-saude>. Acessado em 17 de janeiro de 2025.

Costa, K. A. R., Ferreira, E. A. S., Amorim, M. E. S., & Silva, N. V. (2023). Atuação da fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(3), 404. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n3-404>. Acessado em 20 de novembro de 2024.

Derhun, F. M., Scolari, G. A. de S., Castro, V. C. de., Llobet, M. P., Salci, M. A., & Carreira, L.. (2022). A possibility for active aging: university activities for the elders. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 43, e20200493. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200493.en>. Acessado em 05 de dezembro de 2024.

Diniz, J. L., Sousa, C. R. de., Aquino, P. de S., Silva, R. da R. L., Evangelista, B. P., Coutinho, J. F. V., Souza, R. L. de P., & Tabosa, K. Y. de S. (2024). Diagrama de prevenção de quedas para pessoas idosas: revisão integrativa. *Acta Paulista De Enfermagem*, 37, eAPE02211. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AR002211>. Acessado em 15 de novembro de 2024.

Dourado Júnior, F. W., Moreira, A. C. A., Salles, D. L., & Silva, M. A. M. da. (2022). Intervenções para prevenção de quedas em idosos na Atenção Primária: revisão sistemática. *Acta Paulista De Enfermagem*, 35, eAPE02256. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR022566>. Acessado em 21 de novembro de 2024.

Gonçalves, I. C. M., Freitas, R. F., Aquino, E. C., Carneiro, J. A., & Lessa, A. do C. (2022). Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 25, e22003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2>. Acessado em 17 de novembro de 2024.

Jacqueline, C. T., & Lord, S. R. (2022). Fall prevention in older people: Past, present and future. *Age and Ageing*. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac105>. Acessado em 20 de novembro de 2024.

Lee, S. H., & Yu, S. (2020). Effectiveness of multifactorial interventions in preventing falls among older adults in the community: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 106, 103564. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103564>. Acessado em 09 de novembro de 2024.

Lopes, M. G. P., Silva, F. D. da, Martínez, Y. A., Rodrigues, M. A., Rodrigues, B. L. P., Chaves, M. R. F., Franco, D. C. G., Guimarães, I. O., Silva, R. T. A., Souza, G. H. G., Laurindo, J. V., Silva, M. M., Santos, G. F. dos, Santos, A. M. M. dos, & Mattos Silva, F. M. V. (2023). Envelhecimento populacional: Desafios e estratégias na integração da geriatria com a saúde coletiva. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 114-123. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p114-123>. Acessado em 03 de dezembro de 2024.

Novaes, A. D. C., Bianco, O. A. F. M., Silva, D. B. da., Silva, L. C. da., Dotta, E. A., Ansai, J. H., Tavares, L. R. C., & Gramani-Say, K.. (2023). Acidentes por quedas na população idosa: análise de tendência temporal de 2000 a 2020 e o impacto econômico estimado no sistema de saúde brasileiro em 2025. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(11), 3101–3110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.15722022>. Acessado em 07 de dezembro de 2024.

Organização Mundial da Saúde. (2021). Relatório sobre o envelhecimento ativo. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=EE70A7032797AF9D9CAA7DBBD3185D33?sequence=6. Acessado em 10 de novembro de 2024.

Paiva Neto, F. T. de, Confortin, S. C., Santos, A. C. B., d’Orsi, E., & Rech, C. R. (2022). Is environment perception associated with change in leisure-time physical activity in Brazilian older adults? Results of EpiFloripa Idoso cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(6), e00210321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN210321>. Acessado em 15 de dezembro de 2024.

Pereira, CB, & Kanashiro, AMK. (2022). Quedas em adultos mais velhos: uma abordagem prática. *Arquivos De Neuro-psiquiatria* , 80 (5), 313–323. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-S107>. Acessado em 12 de novembro de 2024.

Puglia, C. C., Coutinho, L. G., Bloch, F. V., Sgarbossa, L., Silva , M. N., Pontes , H. C. F., Costa , V. M., Gonçalves , A. E. de S., Rolim , F. B. B., & Neta , Z. D. R. (2024). Abordagens para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(4), 1320–1330. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1320-1330>. Acessado em 13 de dezembro de 2024.

Silva, J. G., Caldeira, C. G., Cruz, G. E. C. P., & Carvalho, L. E. D. de. (2020). Envelhecimento ativo, qualidade de vida e cognição de idosos: Um estudo transversal em uma cidade de Minas Gerais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(1), e1796. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1796.2020>. Acessado em 20 de novembro de 2024.

Sousa, D. I. de, Soares, G. L., Sousa, T. A. de, & Donatti, A. F. (2024). Atuação Da Fisioterapia Na Prevenção De Quedas Em Idosos. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(10), 3260–3274. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.16244>. Acessado em 11 de dezembro de 2024.

Vieira, E. R., & Almeida, M. A. (2022). Tendência de mortalidade por quedas em idosos no Brasil, no período de 2000-2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 25(1), e220031. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tyJzyFCQD8GJTYSk3ZvW3NR/>. Acessado em 17 de novembro de 2024.



A parceria da comissão interna de prevenção de acidentes (CIPA) com a gestão da empresa na saúde e segurança do trabalhador

(Este artigo impacta a ODS 8. Trabalho Decente e Crescimento Econômico. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho decente para todos.) (Este artigo também impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Audrey Delgado Held Vasconcelos de Medeiros¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

Este estudo aborda a importância da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) na promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável, conforme estabelece a Norma Regulamentadora nº 05. Destaca os desafios históricos enfrentados e o papel da CIPA na aproximação entre colaboradores e a gestão da empresa, priorizando o bem-estar dos trabalhadores. Ressalta-se que os cipeiros, eleitos pela maioria, devem ter conhecimentos mínimos sobre riscos, acidentes e doenças ocupacionais para atuarem com eficiência. Por meio de revisão bibliográfica, o trabalho tem como objetivo geral evidenciar a relevância da CIPA para a saúde e segurança no trabalho, além de apresentar sua evolução histórica e atuação preventiva na redução de acidentes e doenças ocupacionais.

Palavras-chave

Saúde e Segurança no Trabalho. Acidentes. Riscos. Norma Regulamentadora nº05

ABSTRACT

This study examines the significance of the Internal Commission for Accident Prevention (CIPA) in fostering a safe and healthy work environment, as outlined in Regulatory Standard No. 05. It highlights the historical challenges encountered and the role of CIPA in promoting collaboration between employees and company management, with a focus on prioritizing workers' well-being. It emphasizes that CIPA members, who are elected by the majority of employees, must possess a basic understanding of occupational risks, accidents, and diseases to act effectively. Through a literature review, the main objective of this study is to demonstrate the relevance of CIPA in promoting occupational health and safety, as well as to present its historical evolution and preventive actions in reducing workplace accidents and occupational illnesses.

Key words

Health and Safety at Work. Accidents. Risks. Regulatory Standard No. 05

1. Mestre em Master of Science in Healthcare Management pela MUST University. Especialista em Gestão de Saúde. Enfermeira formada pelo Centro Universitário de Adamantina – SP. No momento, atua como Docente do Ensino Médio e Técnico da ETEC Dr. Demétrio Azevedo Junior. Email: dreheld@hotmail.com.

2. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba (UNIUBE). No momento, atua como Orientadora do Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde da MUST University. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

Para Gonzalez *et al.* (2019), quando a CIPA atua de forma eficaz no ambiente de trabalho, diversos resultados positivos são alcançados, tais como: difusão e avanço na aplicação de regras indispensáveis ao dia a dia; apuração das causas, situações e consequências das patologias e acidentes ocorridos no local de trabalho, bem como o acompanhamento das providências adotadas; educação continuada sobre segurança no trabalho; uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); e redução no número de acidentes de trabalho.

Este estudo teve como objetivo geral evidenciar a importância da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) para a promoção da saúde e segurança do trabalhador, em parceria com a gestão da empresa. Como objetivos específicos, buscou-se apresentar a história e a legislação brasileira vigente sobre saúde e segurança no trabalho; e destacar a atuação da CIPA e de seus colaboradores na prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Como justificativa para a realização deste trabalho, ressalta-se a ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, fatores relevantes que demandam maior atenção por parte das empresas. Para oferecer um ambiente mais seguro e garantir o bem-estar dos colaboradores, é fundamental conhecer as legislações vigentes, que são obrigatórias e podem auxiliar na promoção da saúde e segurança no trabalho. Um exemplo é a Norma Regulamentadora nº 05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), da qual os colaboradores podem participar ativamente.

2. METODOLOGIA

Para Botelho e Cruz (2013), a pesquisa bibliográfica pode compor a fase inicial do desenvolvimento de uma investigação, independentemente do problema em pauta, com a finalidade de adquirir uma compreensão prévia do contexto em que o tema está inserido. Sendo assim, sua realização é importante antes do início de qualquer aprendizagem, a fim de evitar o risco de analisar um assunto que já foi amplamente pesquisado. Além disso, por possibilitar o conhecimento dos principais especialistas que abordam o tema e permitir a visualização do cenário teórico relacionado, a pesquisa bibliográfica é considerada uma tática imprescindível para a condução de qualquer investigação científica.

Este trabalho adota como método a revisão bibliográfica narrativa, por meio da utilização de artigos científicos, livros, legislações, mídias eletrônicas, dissertações, entre outras fontes publicadas,

abordando a importância da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em conjunto com a gestão da empresa na promoção da saúde e segurança do trabalhador. A busca de dados e artigos foi realizada por meio do Google Acadêmico e de livros físicos disponíveis em bibliotecas municipais. As palavras-chave utilizadas foram: Saúde e Segurança no Trabalho; Acidentes; Riscos; e Norma Regulamentadora nº 05.

Os critérios de inclusão deste estudo envolveram a seleção de trabalhos e artigos que tratassem diretamente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e sua relação com a saúde e segurança do trabalhador, bem como documentos legais referentes à NR-05 e às regulamentações vigentes. Foram priorizadas publicações dos últimos 10 anos, garantindo a atualidade das informações, além de pesquisas científicas que apresentaram evidências sobre a eficácia da CIPA na prevenção de acidentes de trabalho. Foram excluídas fontes desatualizadas, legislações revogadas e trabalhos que não abordassem diretamente a CIPA ou a gestão de saúde e segurança no ambiente laboral.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 CIPA – Conceito e Finalidade

Segundo Da Paixão (2024), conforme atualização do Ministério do Trabalho e Emprego, a Norma Regulamentadora nº 05 estabelece, de forma obrigatória, a constituição da CIPA em instituições públicas, privadas e órgãos governamentais que possuam colaboradores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Como finalidade primordial, a CIPA deve prevenir a ocorrência de acidentes e doenças decorrentes do ambiente de trabalho, promovendo condições que assegurem a proteção da vida e a promoção da saúde dos trabalhadores.

Com o intuito de organizar objetivos de ação mais eficazes, diversas modificações foram implementadas na regulamentação da CIPA, especialmente com a Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, que instituiu as Normas Regulamentadoras voltadas à saúde e segurança no trabalho. Entre elas, a NR nº 05 trata especificamente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA (De Sousa & Cronemberger, 2021).

Para Junior (2023), a CIPA tornou-se um instrumento de grande valor na prevenção e combate a acidentes no ambiente laboral, abrangendo também outras atividades, como: instrução em combate a incêndios; uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva; capacitação

de equipes para a prevenção de acidentes de trabalho; e coordenação da aplicação de critérios de segurança, seja por meio de legislação ou de normas internas da instituição em que atua.

3.2 A organização da CIPA através de seus representantes

De acordo com Gomes (2010), a CIPA foi criada com a intenção de prevenir possíveis acidentes no ambiente de trabalho. É composta por funcionários que representam o empregador e por funcionários que representam os trabalhadores da empresa, com mandato de um ano, para instituições regidas pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

A composição da CIPA considera o ramo de atividade econômica e a quantidade de colaboradores da empresa (Luongo & Freitas, 2012). Quando a instituição não possui número suficiente de funcionários para a constituição da CIPA, deve ser designado um colaborador pelo empregador, o qual deverá receber capacitação sobre segurança e saúde no trabalho, conforme a NR nº 05. As empresas obrigadas a constituir a CIPA estão listadas na Portaria nº 3.214/78, sendo suas Normas Regulamentadoras regidas pela NR nº 01 (Camargo, 2011).

É proibida a dispensa arbitrária ou sem justa causa do colaborador eleito para a CIPA, desde o registro da candidatura até um ano após o término do mandato. O empregador deve assegurar que seus indicados possuam o conhecimento necessário para argumentar e encaminhar as respostas às questões relativas à saúde e segurança no trabalho discutidas na CIPA (Vianna, 2008).

3.3 CIPA e sua história

Segundo Melo (2023), a CIPA foi instituída em 10 de novembro de 1944, durante o governo Vargas, cabendo a ele promover sua implementação em território brasileiro. Foi por meio das indústrias de energia elétrica, que já contavam com CIPAs em funcionamento, que se originou a Comissão exclusiva no Brasil, seguindo esse modelo.

Para Aires, Salgado e Neto (2023), seja em ambiente hospitalar ou em outros tipos de ambiente laboral, é a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) que assegura a presença de ações voltadas à saúde e segurança dos colaboradores. A CIPA foi criada diante do aumento de doenças e acidentes relacionados ao trabalho e busca, de forma geral, prevenir acidentes laborais, identificar os riscos envolvidos nas atividades e promover a melhoria da qualidade do trabalho.

3.4 A Importância da Segurança no Trabalho para a Saúde e Segurança do Trabalhador

Segundo Marinqüi (2018), para que uma empresa tenha sucesso, é necessário que os colaboradores apoiem o progresso do ambiente de trabalho. Para que eles se sintam mais realizados com a sistematização desse espaço, é essencial oferecer melhores condições no ambiente laboral, como higiene, segurança, bem-estar e qualidade de vida. Com esses benefícios, o trabalhador tende a desempenhar suas funções com excelência e eficácia, assegurando resultados superiores ao esperado. Essas deliberações estão diretamente ligadas a uma boa gestão de pessoas dentro da empresa.

A segurança no trabalho reduz o índice de faltas e a rotatividade. Assim, a implementação de medidas de segurança e higiene torna-se uma condição essencial para prevenir ou eliminar acidentes. A segurança laboral está integrada à rotina da empresa, exigindo que os trabalhadores estejam atentos durante suas atividades e sigam as normas de segurança (Marinqüi, 2018).

A definição de segurança do trabalho está estabelecida por meio de normas e leis. No Brasil, a legislação trabalhista engloba normas regulamentadoras urbanas e rurais, além de legislações complementares, como decretos, portarias e tratados internacionais, incluindo aqueles da Organização Internacional do Trabalho. O objetivo principal da segurança do trabalho é eliminar ou reduzir ambientes inseguros, promovendo saúde e bem-estar aos colaboradores (Wachowicz, 2007).

Para Gomes (2010), no contexto corporativo brasileiro, a saúde do trabalhador depende de políticas públicas e privadas, sendo responsabilidade tanto do empregador quanto do Estado. Contudo, é necessário manter e aprimorar continuamente a qualidade de vida do colaborador, especialmente em relação à segurança no ambiente laboral.

Além disso, a segurança no trabalho tornou-se um tema relevante para sindicatos e entidades representativas. Por isso, muitas convenções coletivas incluem cláusulas específicas relacionadas à saúde e segurança do trabalhador. Esses acordos buscam garantir condições laborais mais seguras (Gomes, 2010).

Com a inclusão, na legislação trabalhista, da exigência de organizar e manter uma CIPA nas instituições, os colaboradores passaram a contar com um importante espaço para reivindicações relacionadas à melhoria das condições de saúde e segurança. Dessa forma, busca-se o alinhamento com as normas que visam proteger e minimizar ou eliminar riscos, garantindo que o desempenho das atividades ocorra sem causar danos ao trabalhador (De Sousa & Cronemberger, 2021).

São evidenciadas ações educativas voltadas a conscientizar os colaboradores sobre a importância de seguir as orientações de saúde e segurança, garantindo uma jornada de trabalho sem prejuízos à integridade física. Por outro lado, a instituição que promove e valoriza a atuação da CIPA

obtem benefícios significativos em produtividade, qualidade e reconhecimento social pelo compromisso com o bem-estar no ambiente organizacional (De Sousa & Cronemberger, 2021).

3.4.1 Conceito e Análise de Acidentes de Trabalho e Riscos

Segundo Chiavenato (2004), acidente é um acontecimento não intencional que pode resultar em prejuízos significativos. O *National Safety Council* define acidente como um evento dentro de uma sucessão de episódios que, sem intenção, causa lesões corporais, danos patrimoniais ou até mesmo óbito. Esses conceitos caracterizam o acidente como um evento repentino, abrupto, circunstancial, porém previsível e não intencional, que pode causar prejuízos relevantes, mesmo que não envolvam danos físicos evidentes, como dor, sofrimento, invalidez ou morte.

Ao falar em custos de acidentes, também se inclui a perda de vidas humanas. A integridade física e a vida de um indivíduo são valores inestimáveis. No entanto, além da perda humana, os acidentes geram prejuízos financeiros para o acidentado, seus familiares, a empresa e a sociedade. O acidente representa um fator extremamente desfavorável, cujas causas e consequências devem ser avaliadas para evitar situações e condutas inseguras. O seguro de acidentes no ambiente de trabalho cobre apenas despesas médicas e compensações ao acidentado, mas não restaura sua plena capacidade de trabalho nem a totalidade de sua condição anterior (Chiavenato, 2004).

De acordo com De Sá e Gomide (2017), no Brasil, grande parte dos custos relacionados a acidentes de trabalho — como despesas médicas, recursos terapêuticos, afastamentos superiores a 15 dias e requalificação — recaem sobre o Ministério da Previdência Social, que, por meio do INSS, garante o direito ao recebimento de benefícios. Mesmo com impactos econômicos na Previdência Social, na saúde pública e nas instituições, assim como nas condições de saúde dos trabalhadores afetados por acidentes e doenças ocupacionais, é fundamental destacar que tais eventos podem ser evitados (De Sá & Gomide, 2017).

Para Biasuz (2015), uma investigação cuidadosa de acidentes fornece dados importantes sobre suas causas e consequências, resultando em ações formais, táticas, educativas e psicológicas. Investigar acidentes apenas para preencher relatórios não garante segurança no ambiente laboral. Investigações eficazes são aquelas cujos resultados são efetivamente utilizados; caso contrário, o esforço investigativo é em vão.

Segundo Barizon e Braga (2020), as organizações só têm a ganhar com medidas preventivas, pois a redução de acidentes também minimiza perdas humanas e financeiras, resultando em maior lucratividade. Entender os obstáculos, limitações e impactos dos acidentes de trabalho na vida dos

colaboradores é essencial para que profissionais da enfermagem e outras áreas atuem de forma eficaz na saúde ocupacional. Esse entendimento possibilita ações que reduzam os riscos no trabalho e contribuam para a criação de ambientes mais seguros e produtivos (Cavalcante *et al.*, 2015).

Os riscos laborais geralmente têm origem em atividades perigosas, insalubres ou mal monitoradas, envolvendo agentes mecânicos, físicos, químicos e biológicos presentes em ambientes clínicos. Profissionais de Higiene e Segurança Ocupacional concordam que o ideal não é apenas compensar o trabalhador com adicionais de periculosidade ou insalubridade, mas sim promover ambientes saudáveis e seguros (Guimarães *et al.*, 2004).

Segundo Dias e Mattos (2012), a análise de risco é uma ferramenta essencial para apoiar decisões que previnam a exposição a agentes nocivos à saúde. Ela se refere a um conjunto de métodos e técnicas que permitem avaliar e calcular a probabilidade de danos decorrentes da exposição a fontes de risco. Apesar de geralmente associada a processos produtivos, produtos e resíduos, essa análise também se aplica a agentes físicos e biológicos em diferentes contextos.

As definições de gerenciamento de riscos impulsionaram políticas de segurança, especialmente na área da saúde. O risco negativo é entendido como uma possibilidade futura incerta, que pode comprometer objetivos individuais, institucionais ou coletivos. Isso não significa que o evento ocorrerá com certeza, mas que há uma possibilidade que pode ser gerida pelo livre-arbítrio (Harada, 2011).

Luciano *et al.* (2020) afirmam que o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais foi mencionado pela primeira vez na Norma Regulamentadora nº 01, que adota o método PDCA — Planejar (*Plan*), Fazer (*Do*), Verificar (*Check*) e Agir (*Act*). Essa norma integra-se a outras NRs e está alinhada a regulamentações internacionais, como a ISO 45001 (Sistema de Gestão de Saúde e Segurança Ocupacional).

Ainda segundo Luciano *et al.* (2020), a gestão de riscos nas instituições passou a ser conduzida por meio do PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos), que pode ser implementado através de programas operacionais, departamentos ou ações específicas. O programa deve conter, no mínimo, a identificação dos riscos e o planejamento das ações. Vale destacar sua relação com o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais): enquanto o PPRA se concentra na higiene ocupacional, o PGR abrange todos os fatores de risco.

De acordo com De Faria Akitaya *et al.* (2021), obter informações a partir do registro de um acidente é uma excelente ferramenta para promover maior segurança no ambiente de trabalho. A comunicação ativa entre setores da instituição é essencial para desenvolver planos de segurança eficazes e evitar a sensação de insegurança entre os colaboradores. Ao seguir as normas de saúde e

segurança no trabalho e adotar uma gestão focada na prevenção de riscos e acidentes, a instituição tende a alcançar melhores resultados, tanto na saúde dos colaboradores quanto na economia, já que os danos patrimoniais e produtivos costumam ser significativos ao longo do tempo.

3.4.2 A importância da Comunicação de Acidente de Trabalho

A Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) é um documento regulamentado pelo INSS e aplicado pela instituição para notificar a Previdência Social sobre a ocorrência de um acidente de trabalho ou de uma patologia adquirida no ambiente laboral, possibilitando ao colaborador o acesso ao auxílio-acidente ou ao auxílio-doença. Caso a instituição se recuse a emitir a CAT, o colaborador pode fazê-lo com o apoio do sindicato e, se não souber como preencher o documento, pode acessar o site da Previdência Social e consultar o Guia de Preenchimento da CAT (Luongo & Freitas, 2012).

Entre os benefícios da CAT estão: o reconhecimento legal do acidente pelo INSS; o acesso do colaborador ao auxílio-acidente e à devida compensação; a disponibilização de informações aos serviços de saúde para orientar condutas que reduzam a ocorrência de acidentes e doenças ocupacionais; e o fornecimento de dados a órgãos de fiscalização (como sindicatos), que poderão incentivar medidas preventivas para evitar acidentes semelhantes (Luongo & Freitas, 2012).

Segundo Farias (2021), a ausência de notificação da CAT pode trazer implicações tanto para o colaborador quanto para a instituição. Para o trabalhador, há a perda da possibilidade de receber benefícios previdenciários e trabalhistas. Para a instituição, a omissão pode resultar em penalidades, como o pagamento de multas e o aumento no custo do Seguro de Acidente de Trabalho (SAT), devido ao Fator Acidentário de Previdência (FAP).

No Brasil, o panorama atual sobre acidentes e normas aponta para uma significativa subnotificação de acidentes ou patologias relacionadas ao trabalho, o que leva muitas vítimas a recorrerem ao Poder Judiciário para garantir seus direitos junto à Previdência Social, especialmente em busca de benefícios secundários (Cusciano, 2021).

A subnotificação de acidentes de trabalho é recorrente no país, pois gestores tendem a ocultar essas informações para evitar chamar a atenção do Ministério do Trabalho e Emprego quanto à real frequência dos acidentes, sejam eles leves, moderados ou graves. A maioria das CATs emitidas refere-se a acidentes mais graves, que exigem encaminhamento hospitalar e, frequentemente, afastamento do colaborador de suas atividades (De Faria Akitaya *et al.*, 2021).

3.5 As obrigações da CIPA para promoção e prevenção na saúde e segurança do trabalhador

Para Aires, Salgado e Neto (2023), as responsabilidades primordiais da CIPA são: reconhecer os riscos no ambiente laboral e elaborar o mapa de risco, com a participação dos colaboradores nesse processo; planejar ações que promovam a prevenção de problemas relacionados à segurança no trabalho; envolver-se na execução e no monitoramento da eficácia de medidas preventivas essenciais, bem como na análise das prioridades de intervenção nos locais de trabalho; verificar periodicamente os ambientes laborais, identificando situações que possam representar riscos à saúde e segurança dos colaboradores; e, a cada reunião, avaliar o cumprimento das metas estabelecidas no planejamento, além de discutir os riscos identificados.

Segundo Luongo e Freitas (2012), o mapa de risco é uma ferramenta que identifica os pontos de risco nas organizações. Trata-se do reconhecimento de contextos e locais potencialmente perigosos, com base na planta arquitetônica de cada ambiente, onde são representadas todas as classes de riscos. Essas classes são organizadas em cinco grupos, codificados por cores: azul, amarelo, marrom, verde e vermelho, correspondendo respectivamente aos agentes biológicos, ergonômicos, físicos, mecânicos e químicos. A proposta é que os colaboradores indiquem aos membros da CIPA os problemas mais relevantes em sua área de atuação. No mapa arquitetônico, devem ser inseridos círculos com cores e tamanhos de acordo com a avaliação da CIPA e o grau de risco identificado.

Além de suas atribuições, a CIPA também deve organizar a SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes. Para Camargo (2011), a SIPAT tem como objetivo principal a divulgação de informações voltadas à promoção da saúde e prevenção de acidentes no ambiente de trabalho. Também tem como função orientar e esclarecer dúvidas sobre o tema, promovendo atitudes positivas e alertando para comportamentos inadequados que comprometem a segurança no trabalho.

Segundo Da Paixão (2024), a disseminação de conhecimentos sobre saúde e segurança no ambiente laboral é um recurso fundamental para o êxito das ações promovidas pela CIPA. A promoção de uma cultura educativa voltada à prevenção de riscos exige esforços contínuos, o engajamento ativo dos colaboradores de todos os setores e a legitimação de políticas empresariais que priorizem a saúde e a segurança no trabalho. Essa educação preventiva é a base sobre a qual ações sustentáveis de prevenção podem ser desenvolvidas e mantidas ao longo do tempo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma melhor compreensão do tema, este trabalho destaca a Norma Regulamentadora nº 05 – CIPA, que demonstra grande capacidade de adaptação aos diferentes ambientes de trabalho, mesmo diante de constantes mudanças. A CIPA tem como função orientar os colaboradores sobre os riscos ocupacionais, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida tanto no ambiente laboral quanto fora dele.

A pesquisa realizada oferece uma análise abrangente sobre a temática, enfatizando a importância de envolver os colaboradores em um sistema de gestão participativa, legalmente obrigatório, que beneficia tanto empregados quanto empregadores ao promover a saúde, a segurança no trabalho e a prevenção de doenças ocupacionais. Contudo, é importante destacar que os membros da CIPA podem enfrentar desafios, especialmente relacionados à resistência cultural à adoção de práticas efetivas de saúde e segurança no ambiente laboral.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aires, R. F. F., Salgado, C. C. R. & Neto, J. C. S. (2023). Saúde e Segurança no Trabalho: Estudo do Funcionamento da CIPA de um Hospital Universitário. *Tekhne e Logos*, 4(2), 2-14. Disponível em: <http://www.revista.fatecbt.edu.br/index.php/tl/article/view/181>. Acesso em: 17/09/2024.

Barizon, J. M. S. & Braga, E. S. (2020). Prevenção de Acidentes na Indústria *Revista Teccen*, 13(1): XX-XX Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342696247_Prevencao_de_Acidentes_na_Industria. Acesso em: 20/10/2024.

Biasuz, C. M. (2015). Segurança do Trabalho: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural – CIPATR. Curitiba: SENAR - Pr. – 76 p. Disponível em: https://www.sistemafeaep.org.br/wp-content/uploads/2021/11/PR.0301-Manual-CIPATR_web.pdf.

Acesso em: 30/09/2024.

Botelho, J. M. & Cruz, V. A. G. (2013). Metodologia Científica. São Paulo: Pearson Education do Brasil.

Camargo, W. (2011). Gestão da Segurança do Trabalho – Curso Técnico em Segurança do Trabalho Instituto Federal do Paraná – Educação a Distância Curitiba-PR. Disponível em: https://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/413/2a_Disciplina_-_Gestao_da_Seguranca_do_Trabalho.pdf?sequence=1. Acesso em: 29/09/2024.

Cavalcante, C. A. A., Cossi M. S., Costa R. R. O., Medeiros, S. M. & Menezes, R. M. P. (2015) Análise Crítica dos Acidentes de Trabalho No Brasil Rev. de Atenção à Saúde, 13(44), 100-109. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2681/1743. Acesso em: 01/10/2024.

Chiavenato, I. (2004). Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Elsevier – 2ª Reimpressão.

Cusciano, D. T. (2021) A Comunicação de Acidente de Trabalho nos Processos Julgados pelo Tribunal de Justiça de São Paulo nos Anos de 2017 e 2018. Revista da Faculdade Mineira de Direito, 26(51). Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/Direito/article/view/26586/21217>. Acesso em: 28/10/2024.

Da Paixão, J. L. (2024). A Importância da CIPA na Prevenção e Mitigação de Acidentes de Trabalho. In Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: Novas Evidências em Pesquisa, 1, 8-23. Editora Científica Digital. Disponível em: https://web.archive.org/web/20240617005034id_/https://downloads.editoracientifica.com.br/articulos/240416234.pdf. Acesso em: 28/08/2024.

De Faria Akitaya, M. R., de Lima, K. K., Araújo, I. R., Correa, A. M. D., & dos Santos, L. M. (2021). Os Quase Acidentes e sua Importância de Comunicar: A Realidade do Estado de Goiás e do Distrito Federal em Números. Revista Uniaraguaia, 71-86. Disponível em: <https://sipe.uniaraguaia.edu.br/index.php/REVISTAUNIARAGUAIA/article/view/1010>. Acesso em: 28/10/2024

De Sá, A. T. N., & Gomide, M. H. M. (2017). Acidentes de trabalho: suas repercussões legais, impactos previdenciários e importância da gestão no controle e prevenção: revisão sistemática de literatura. Revista Médica de Minas Gerais, 26, 1-8. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/40036/2/2017_Acidentes%20de%20trabalho%20suas%20repercuss%3b5es%20legais%2c%20impactos%20previdenci%3a1rios%20e%20import%3a2ncia%20da%20gest%3a3o%20no%20controle%20e%20preven%3a7%3a3o%20revis%3a3o%20sistem%3a1tica%20de%20literatura.pdf. Acesso em: 28/10/2024

De Sousa, F. J., & Cronemberger, I. H. G. M. (2021). CIPA e COVID-19 - Prevenção e Segurança do Trabalho. RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, 2(11), e2111015-e2111015. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1015/787>. Acesso em: 28/08/2024.

Dias, C. E. & Mattos, R. (2012) Curso Saúde do Trabalhador e ecologia humana. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP.

Farias, R. J. A. (2021). Sonegação da CAT e as suas consequências legais: reflexos para o trabalhador e a empresa. Ciências Sociais Aplicadas em Revista, 21(40), 128-139. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/csaemrevista/article/view/17399/20780>. Acesso em: 28/10/2024.

Gomes, C. R. (2010). A importância dos equipamentos de segurança contra incêndio nas empresas. In *Colloquium Exactarum*. ISSN: 2178-8332, 2(1), 21-29. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/ce/article/view/401/826>. Acesso em: 20/09/2024.

Gonzalez, D. N. G., Barros, F. D., & Júnior, A. S. M. (2019). A importância e Eficácia da CIPA na construção civil. *INOVAE-Journal of Engineering, Architecture and Technology Innovation* (ISSN 2357-7797), 7(1), 147-166. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/inovae/article/view/1932/1449>. Acesso em: 31/08/2024.

Guimarães, R. M., Mauro, C. C. C., Mauro, M. Y. C., & Muzi, C. D. (2004) Riscos Ocupacionais em Saúde e Enfermagem. *UERJ*, 12, 338-45. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342211512_Riscos_ocupacionais_em_saude. Acesso em: 26/10/2024.

Harada, M. J. C. S. (2011). *Gestão em Enfermagem: Ferramenta para Prática Segura* Editora Yendis São Caetano no Sul – SP.

Junior, D. X. R. (2023). Acidentes de Trabalho com Policiais Militares: A Importância da Gestão de Segurança do Trabalho em um Batalhão da Polícia Militar. *RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia*, 4(1). Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/2627/1959>. Acesso em: 26/10/2024.

Luciano, É. L., Röhm, D. G., Rosa, J. L., Tirelli, M. A., Okano, M. T., & Ribeiro, R. B. (2020). Gerenciamento de riscos ocupacionais: uma nova proposta de segurança do trabalho. *South American Development Society Journal*, 6(17), 156-156. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344046002_GERENCIAMENTO_DE_RISCOS_OCUPACIONAIS_UMA_NOVA_PROPOSTA_DE_SEGURANCA_DO_TRABALHO_OCCUPATIONAL_RISK_MANAGEMENT_A_NEW_PROPOSAL_FOR_OCCUPATIONAL_SAFETY. Acesso em: 07/10/2024.

Luongo, J., & Freitas, G. D. (2012). *Enfermagem do trabalho*. São Paulo, Editora: Rideel.

Mariniqui, T. C. R. (2018). Análise da Higiene e Segurança do Trabalho no Supermercado Big Planalto. *Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR*, 19(1). Disponível em: <https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/empresarial/article/view/6697/3641>. Acesso em: 07/09/2024.

Melo, N. J. G. (2023). Importância da CIPA para as empresas—uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(3), 666-673. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8894/3468>. Acesso em: 28/08/2024.

Vianna, C. S. V. (2008). *Manual Prático das Relações Trabalhistas* (9ª edição) São Paulo: LTr.

Wachowicz, M. C. (2007). *Segurança, saúde e ergonomia* (20ª edição). Curitiba Ibplex.



Atenção primária e o enfrentamento da hipertensão arterial em áreas remotas da Amazônia: limitações, desafios práticos e caminhos possíveis

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.) (Este artigo também impacta a ODS 10. Redução das Desigualdades. Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles.)

Thiago Rabello Santos¹

Miriane de Almeida Fernandes²



RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa importante desafio de saúde pública na Amazônia Legal, onde barreiras geográficas, fragilidades estruturais e escassez de recursos dificultam o cuidado. Este estudo analisou os desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da HAS em áreas remotas, por meio de revisão narrativa da literatura com 16 fontes publicadas entre 2015 e 2024. Os resultados apontam descontinuidade das ações, baixa adesão ao tratamento, dificuldades diagnósticas e ausência de políticas intersetoriais. Destacam-se, como estratégias viáveis, a valorização dos saberes locais, ações educativas, abordagem dietética e qualificação das equipes. Conclui-se que o fortalecimento da APS exige investimento estrutural, gestão territorializada e inovação organizacional, ancorados em evidências e diretrizes nacionais.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde. Hipertensão arterial. Amazônia. Saúde pública. Populações vulneráveis.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) represents a significant public health challenge in the Brazilian Legal Amazon, where geographical barriers, structural fragilities, and resource shortages hinder healthcare delivery. This study analyzed the challenges faced by Primary Health Care (PHC) in managing SAH in remote areas, through a narrative literature review of 16 scientific sources published between 2015 and 2024. The findings reveal discontinuity of care, low adherence to treatment, diagnostic difficulties, and the absence of intersectoral policies. Viable strategies include the valorization of local knowledge, educational actions, dietary approaches, and team qualification. It is concluded that strengthening PHC in the region requires structural investment, territorially-based management, and organizational innovation, grounded in national guidelines and consolidated evidence.

Key words

Primary health care. Hypertension. Amazon. Public health. Vulnerable populations

1. Mestre em Gestão em Cuidados da Saúde. MUST University, Estados Unidos. Graduado em Medicina pela Universidade Iguazu, UNIG. Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica SBCM/AMB. Especialista em Cardiologia pelo Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência São Paulo. Pós-graduação em Programa de Saúde da Família pela Universidade Iguazu, UNIG. Pós-graduação em Geriatria e Gerontologia pelo Centro universitário Unifatecie. Pós-graduação em Ecocardiografia pela Escola de Ecocardiografia de Pernambuco da Universidade Católica de Pernambuco. Pós-graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares pela Escola de Saúde do Exército, Exército Brasileiro. 1º Tenente Médico e Paraqueidista do Exército Brasileiro. Chefe da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Guarnição de Tabatinga / Tabatinga/AM. Chefe da Unidade de Cardiologia Clínica do Hospital de Guarnição de Tabatinga / Tabatinga / AM. E-mail: thiagosantos12327@student.mustedu.com

2. Doutora em Administração pela Universidade Metodista de Piracicaba. Mestre em Administração pelo Centro Universitário de Campo Limpo Paulista. Professora Adjunta no Programa de Mestrado Master of Science in Healthcare Management da MUST University (USA). Orientadora de alunos de Capstone da MUST UNIVERSITY (USA) nos Programas Master of Science in Healthcare Management e Master of Science in Organizational Psychology. E-mail: miriane.fernandes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo uma das principais causas de mortalidade prematura e complicações crônicas. Essa condição, multifatorial e silenciosa, demanda cuidado contínuo e integrado, especialmente em populações vulneráveis. Evidências indicam que essa condição afeta desproporcionalmente indivíduos de baixa renda, baixa escolaridade e residentes em áreas remotas, como a Amazônia Legal, reforçando a necessidade de políticas públicas que considerem desigualdades regionais.

A região amazônica apresenta limitações logísticas, culturais e geográficas que comprometem a organização e o acesso à atenção à saúde. Nessas localidades, modelos convencionais de atenção não atendem adequadamente às demandas locais, evidenciando lacunas nas estratégias para doenças crônicas. Mesmo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), há instabilidade profissional, descontinuidade do cuidado e falta de medicamentos essenciais, prejudicando o vínculo entre equipe e comunidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a coordenação do cuidado e promoção da saúde coletiva, mas enfrenta desafios estruturais e operacionais na Amazônia. Barreiras como o acesso dificultado aos serviços, baixa adesão ao tratamento, desconhecimento da doença, e ausência de ações educativas comprometem a efetividade do controle da HAS. Além disso, comunidades ribeirinhas, indígenas e rurais permanecem muitas vezes invisíveis para os sistemas de informação, dificultando o planejamento territorial.

Apesar das dificuldades, experiências positivas são destacadas, como a valorização dos saberes locais, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o uso de ações educativas, intersetoriais e tecnológicas sensíveis ao território. Tais estratégias têm demonstrado melhores resultados no controle da hipertensão.

Assim, este trabalho propõe analisar criticamente os desafios da APS no controle da HAS em territórios remotos da Amazônia Legal, buscando compreender as limitações institucionais, estruturais e socioterritoriais, além de identificar caminhos para qualificação do cuidado e redução das iniquidades em saúde nesses contextos.

2. METODOLOGIA

Este estudo baseou-se em uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e natureza descritiva, visando compreender os múltiplos fatores que dificultam o controle da HAS na APS em áreas remotas da Amazônia.

A busca foi realizada entre fevereiro e abril de 2024 nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Public MEDLINE* (PubMed), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal Capes), com prioridade para textos completos e de acesso aberto. Utilizaram-se descritores controlados como “hipertensão arterial sistêmica”, “atenção primária à saúde”, “Amazônia” e “adesão ao tratamento”, combinados com operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais, revisões integrativas e estudos descritivos publicados entre 2015 e 2024, com enfoque nacional e relação direta com o tema. Excluíram-se editoriais, cartas, estudos hospitalares e duplicados. A análise seguiu leitura crítica e categorização temática em quatro eixos: estrutura da APS, acesso, adesão ao tratamento e desafios operacionais.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ÀS SUAS ADVERSIDADES

A APS é o eixo estruturante do SUS, assegurando acesso universal e contínuo, especialmente para populações vulneráveis (Mendonça et al., 2018). Entretanto, na Amazônia, sua efetivação enfrenta desafios históricos, como infraestrutura deficiente, escassez de profissionais e cobertura limitada em áreas de difícil acesso (Garnelo et al., 2018). A dispersão geográfica e a presença de comunidades ribeirinhas e rurais dificultam a territorialização do cuidado (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023).

Tais limitações comprometem o acompanhamento de doenças crônicas, como a HAS, agravando a descontinuidade do cuidado (IBGE, 2022; Ranzi et al., 2024). Em muitas localidades, as equipes atuam de forma episódica, com abordagens biomédicas que negligenciam ações educativas e participativas (Lima et al., 2021; Mariosa, Ferraz & Santos-Silva, 2018).

A educação em saúde, essencial para o autocuidado e a adesão ao tratamento, é insuficiente em contextos de baixa escolaridade e acesso limitado à informação (Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021). Além disso, recomendações nutricionais enfrentam obstáculos diante da insegurança alimentar

e da escassez de alimentos saudáveis (Bricarello et al., 2020; Silva et al., 2016).

A adesão ao tratamento medicamentoso é afetada pela ausência de vínculo com os profissionais e pelo desconhecimento sobre a doença, especialmente entre idosos sem acompanhamento contínuo (Gewehr et al., 2018; Santimaria et al., 2019). Políticas públicas homogêneas, dissociadas das realidades locais, têm baixa efetividade (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023).

Consolidar a APS na Amazônia requer valorização dos saberes locais, presença contínua de equipes e estratégias adaptadas ao território, como estruturas móveis e práticas comunitárias (Ranzi et al., 2024). Para tanto, são indispensáveis investimentos estruturais, inovação organizacional e políticas de provimento comprometidas com a equidade (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023).

3.1 A atenção primária à saúde no SUS

Reconhecida como a principal porta de entrada do SUS, promovendo cuidado contínuo, coordenado e integral (Mendonça et al., 2018), a APS foi fundada na Reforma Sanitária e na Declaração de Alma-Ata, estando articulada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, com a ESF, consolidou equipes multiprofissionais de atuação territorial (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça seu papel estruturante, porém a Amazônia Legal enfrenta desafios específicos, como cobertura irregular, falta de infraestrutura e dispersão populacional, que dificultam o cuidado efetivo (Garnelo et al., 2018).

Em muitos municípios, a presença das equipes é intermitente, comprometendo a vigilância e o acompanhamento longitudinal, agravado pela ausência de transporte, energia e insumos básicos, mesmo com cobertura formal da ESF (Lima et al., 2021). Sua efetividade depende de investimentos, valorização profissional e planejamento territorializado, considerando as especificidades culturais e sociais da região (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023; Ranzi et al., 2024).

Para além das limitações estruturais, prevalece um modelo centrado na prescrição medicamentosa e produtividade, com baixa integração entre ações clínicas, educativas e sociais, o que reduz a autonomia dos usuários e a efetividade do cuidado, especialmente para doenças crônicas (Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021; Ribeiro, Vilasbôas & Almeida, 2024). A instabilidade na oferta de medicamentos essenciais, apesar da RENAME, gera frustração e mina a confiança nos serviços públicos (Ministério da Saúde, 2020; Silva et al., 2023a).

Superar a distância entre teoria e prática exige fortalecimento da gestão local, formação continuada das equipes e escuta ativa das comunidades (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). A integração coerente das ações clínicas, educativas e sociais é fundamental para a efetividade da APS

nos contextos amazônicos (Ranzi et al., 2024).

3.2 Limitações institucionais e desafios operacionais da APS na Amazônia

A implementação da APS na Amazônia enfrenta desafios para além das barreiras geográficas, tais como fragilidades institucionais, gestão ineficiente e ausência de estratégias adaptadas à diversidade socioterritorial (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). A descontinuidade de políticas para provimento e fixação de profissionais impede a criação de vínculos com as comunidades (Garnelo et al., 2018), agravando a rotatividade e comprometendo a continuidade do cuidado.

A baixa capacidade técnica e gerencial das secretarias municipais, associada à carência de instrumentos de planejamento e avaliação, resulta em uma gestão fragmentada e pouco resolutiva (Silva et al., 2023b). Logísticas precárias, dependentes de rotas fluviais sazonais, dificultam o abastecimento regular de medicamentos e insumos, comprometendo a assistência (Brasil, 2020). A ausência de retaguarda técnica e capacitações permanentes para as equipes da ESF limita a efetividade das ações e favorece práticas biomédicas descontextualizadas (Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021).

Adicionalmente, a burocratização das rotinas administrativas sobrecarrega os profissionais, reduzindo seu tempo disponível para ações educativas e vínculo comunitário (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Falhas na pactuação regional entre municípios dificultam a articulação entre os níveis de atenção, inviabilizando o acesso a exames, referências e contrarreferências (Ranzi et al., 2024). Soma-se a isso a dependência de repasses financeiros irregulares, que compromete a manutenção da infraestrutura básica e perpetua a vulnerabilidade institucional (Garnelo et al., 2018).

Superar esses desafios exige políticas estruturantes voltadas à gestão local, articulação intermunicipal e valorização da autonomia dos territórios. O fortalecimento da APS na Amazônia passa, necessariamente, por uma abordagem territorializada, planejada com base nas realidades socioculturais e geográficas da região (Ranzi et al., 2024).

4. BARREIRAS AO CONTROLE DA HAS EM ÁREAS REMOTAS

O controle da HAS em áreas remotas da Amazônia é dificultado por barreiras estruturais, institucionais e socioterritoriais que comprometem a efetividade da APS. A precariedade das unidades básicas, a falta de profissionais fixos e a ausência de transporte regular limitam o acesso contínuo aos

serviços (Garnelo et al., 2018; Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Mesmo em regiões cobertas formalmente pela ESF, a atuação intermitente das equipes prejudica o acompanhamento dos pacientes (Lima et al., 2021).

A triagem e o diagnóstico precoce são escassos, dificultando a identificação oportuna da HAS (Mariosa, Ferraz & Santos-Silva, 2018). Entre os pacientes diagnosticados, a adesão ao tratamento é baixa, impactada por fatores como baixa escolaridade, desconhecimento e efeitos adversos dos medicamentos (Gewehr et al., 2018). Além disso, a oferta irregular de fármacos da RENAME, decorrente de falhas logísticas, compromete a continuidade terapêutica (Brasil, 2020; Santimaria et al., 2019).

Ações educativas são raras e pouco contextualizadas. As equipes atuam sob uma lógica biomédica, sem preparo pedagógico ou materiais adaptados à realidade local (Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021). A insegurança alimentar e o consumo predominante de alimentos ultraprocessados tornam ineficazes as orientações nutricionais isoladas (Bricarello et al., 2020).

A invisibilidade institucional de muitas comunidades, ausentes dos sistemas de informação e sem cobertura regular de agentes comunitários, limita o planejamento em saúde (IBGE, 2022; Malta et al., 2022). A imposição de modelos assistenciais urbanos ignora as especificidades locais, reduzindo a efetividade das intervenções (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023; Ranzi et al., 2024).

Superar esses entraves requer uma abordagem ampliada, culturalmente sensível e intersetorial, integrando saúde, alimentação, transporte e saneamento (Mendonça et al., 2018; Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021).

4.1 Território, vulnerabilidade e organização do cuidado

A compreensão do território como categoria central da organização do cuidado em saúde é essencial para a efetividade da APS na Amazônia. O território, mais que um espaço geográfico, é um campo de relações sociais, culturais e ambientais que moldam as formas de adoecer e buscar cuidado (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023).

A população amazônica enfrenta múltiplas vulnerabilidades, como dificuldade de acesso, insegurança alimentar, baixa escolaridade e ausência de saneamento básico (Mariosa, Ferraz & Santos-Silva, 2018). Esses fatores influenciam diretamente a adesão ao tratamento e exigem abordagens que superem a lógica exclusivamente biomédica (Silva et al., 2016). A aplicação de modelos homogêneos, descolados da realidade local, leva à fragmentação das ações, descontinuidade do cuidado e frustração dos usuários (Garnelo et al., 2018).

A organização dos serviços deve partir da escuta ativa e do respeito às práticas culturais e aos saberes locais, fortalecendo vínculos e ampliando a confiança da população nas equipes de saúde (Lima et al., 2021; Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). A sensibilidade cultural, portanto, não é apenas uma diretriz ética, mas uma condição estratégica para a efetividade do cuidado.

Frente às limitações dos protocolos padronizados, propõe-se a adoção de práticas adaptadas ao território, como unidades fluviais, atendimento móvel e suporte digital remoto (Ranzi et al., 2024). Nesse contexto, os ACS representam o elo entre os serviços e as comunidades, promovendo ações educativas contextualizadas e identificando precocemente os riscos à saúde.

Por fim, a ausência de dados confiáveis sobre muitas comunidades invisibiliza suas necessidades e compromete o planejamento territorial. O IBGE (2022) e Malta et al. (2022) defendem a construção participativa de bases de dados locais como condição para reduzir desigualdades e orientar políticas públicas eficazes. Assim, a reorganização do cuidado na APS deve reconhecer as singularidades dos territórios amazônicos e valorizar o protagonismo das comunidades na produção do cuidado.

4.2 Carência de estratégias digitais e de monitoramento em áreas isoladas

A ausência de estratégias digitais adaptadas às realidades amazônicas representa um obstáculo significativo ao controle da HAS nas regiões isoladas. Em um cenário de crescente digitalização da saúde, a falta de prontuários eletrônicos, redes integradas e ferramentas tecnológicas de vigilância compromete a capacidade da APS em acompanhar pacientes crônicos (Ribeiro, Vilasbôas & Almeida, 2024).

Em comunidades ribeirinhas e rurais, muitas unidades de saúde operam sem internet, com energia elétrica instável e cobertura precária de telefonia móvel, o que inviabiliza registros sistemáticos e dificulta o planejamento baseado em dados clínicos (Silva et al., 2023a). A ausência de sistemas informatizados impede o rastreamento de pacientes em risco ou que interromperam o tratamento, tornando as ações de saúde reativas e centradas em demandas espontâneas (Mendonça et al., 2018).

Embora existam soluções simples e de baixo custo, como aplicativos móveis, formulários digitais e lembretes por aplicativos de mensagens, sua adoção ainda é limitada. Experiências pontuais demonstram que essas tecnologias podem melhorar a adesão terapêutica e o monitoramento domiciliar, mesmo em contextos com infraestrutura deficiente (Ribeiro, Vilasbôas & Almeida, 2024).

Entretanto, a implementação esbarra na ausência de cultura institucional voltada à inovação,

na falta de capacitação profissional e no uso predominante de registros manuais (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Para Silva et al. (2023a), a digitalização deve respeitar as especificidades geográficas, culturais e linguísticas da Amazônia, evitando que a tecnologia reforce exclusões.

A carência de mapeamento digital dos territórios, com georreferenciamento das famílias e identificação de áreas de risco, também compromete a resposta epidemiológica e a alocação de recursos (IBGE, 2022). Ranzi et al. (2024) defendem que políticas públicas específicas para inovação digital territorializada, articuladas intersetorialmente e ancoradas na escuta dos profissionais da linha de frente, são essenciais.

Portanto, implementar tecnologia na APS amazônica exige mais do que entregar equipamentos: requer infraestrutura, qualificação técnica e soluções sensíveis ao território, como parte de uma política de equidade e fortalecimento do cuidado territorial.

5. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESAFIOS POPULACIONAIS

A HAS afeta cerca de 25% da população adulta brasileira, sendo uma das principais causas de internações por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (Brasil, 2022). Sua prevalência é maior entre mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e residentes de áreas rurais e periféricas. Na Amazônia Legal, o quadro é agravado por determinantes sociais como pobreza, insegurança alimentar, baixa escolaridade, acesso precário à saúde e exposição a fatores de risco como sedentarismo e dieta inadequada (Mariosa, Ferraz & Santos-Silva, 2018; Silva et al., 2016).

A diversidade territorial e sociocultural da região impõe limites às estratégias padronizadas de cuidado, exigindo abordagens mais sensíveis às realidades locais. A invisibilidade de diversas comunidades nos sistemas oficiais de informação compromete o monitoramento epidemiológico e o planejamento de políticas públicas (IBGE, 2022; Malta et al., 2022). Além disso, o baixo nível educacional e o analfabetismo funcional dificultam a compreensão da doença e a adesão ao tratamento, com muitos usuários acessando o sistema de saúde apenas após eventos graves (Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021).

A insegurança alimentar, marcada pela escassez de alimentos *in natura* e alto consumo de ultraprocessados, também agrava o controle pressórico (Bricarello et al., 2020). Esse cenário está relacionado à ausência de mercados locais e de políticas eficazes de segurança nutricional. Franco, Giovanella e Bousquat (2023) e Ranzi et al. (2024) destacam que a exclusão histórica dessas populações exige ações territorializadas, pautadas na escuta ativa e no reconhecimento das especificidades amazônicas.

5.1 A importância da abordagem territorial e da APS ampliada

A abordagem territorial é essencial para qualificar a APS na Amazônia Legal. O território, mais que uma delimitação geográfica, representa dinâmicas sociais, culturais e ambientais que moldam os modos de adoecer e de buscar cuidado. Franco, Giovanella e Bousquat (2023) destacam que a organização dos serviços de saúde deve considerar essas especificidades para promover cuidado efetivo. Nesse sentido, esta é uma estratégia de equidade em contextos de alta vulnerabilidade (Ranzi et al., 2024).

Entretanto, a aplicação de modelos assistenciais padronizados desconsidera os modos de vida locais e limita a efetividade da APS em áreas remotas. Garnelo et al. (2018) e Lima et al. (2021) observam que a imposição de práticas homogêneas gera ineficiências e frustrações entre os usuários. Já uma APS territorializada e ampliada é capaz de fortalecer vínculos, garantir o acompanhamento longitudinal e integrar ações clínicas, educativas e intersetoriais.

Essa concepção ampliada vai além do atendimento biomédico, incorporando a promoção da saúde, a vigilância participativa e o diálogo com outras políticas públicas. Fittipaldi, O'Dwyer e Henriques (2021) enfatizam a importância de estratégias que valorizem dimensões subjetivas e culturais da saúde. Mendonça et al. (2018) apontam a atuação intersetorial como chave para responder aos determinantes sociais.

A presença contínua das equipes, baseada em vínculos e conhecimento local, depende de dados atualizados e confiáveis. Contudo, o IBGE (2022) e Malta et al. (2022) evidenciam que muitas comunidades amazônicas seguem invisíveis aos sistemas oficiais de informação. Nesse cenário, o ACS exerce papel central como mediador entre o SUS e a população (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Além disso, o fornecimento regular de medicamentos e insumos é um componente crítico da APS. Tanto o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), quanto Silva et al. (2023b) apontam que existe uma instabilidade logística que compromete o tratamento e reduz a confiança dos usuários.

5.2 Estratégias Baseadas em Evidências para o controle da HAS na APS em territórios remotos

O enfrentamento da HAS na Amazônia requer estratégias baseadas em evidências que respeitem a diversidade territorial e considerem as condições socioculturais da população. A efetividade da APS depende da integração entre oferta terapêutica, educação em saúde e vínculo entre equipes e comunidades (Silva et al., 2023).

A simplificação dos esquemas terapêuticos, com prescrição de medicamentos em dose única

diária, tem se mostrado eficaz para aumentar a adesão ao tratamento em áreas com baixa escolaridade e acesso irregular aos serviços de saúde (Silva et al., 2023). Essa medida reduz esquecimentos, facilita a compreensão do regime medicamentoso e promove maior continuidade terapêutica. Outro fator crucial é a presença regular das equipes de saúde no território. Mesmo com composições reduzidas, a atuação contínua favorece o vínculo e o acompanhamento longitudinal, potencializando a resolutividade da APS (Silva et al., 2023).

A educação em saúde culturalmente adequada é outro pilar estratégico. Fittipaldi, O'Dwyer e Henriques (2021) defendem que ações educativas construídas com linguagem acessível e respeito aos saberes tradicionais são mais efetivas do que modelos padronizados. A orientação clara sobre riscos da hipertensão e benefícios da terapia fortalece o autocuidado e o engajamento familiar. Nesse contexto, os ACS exercem papel central. Por estarem inseridos nas comunidades, são capazes de identificar riscos precocemente, reforçar orientações médicas e garantir intervenções oportunas (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Além disso, o uso de tecnologias móveis, como aplicativos e mensagens de texto, tem contribuído para melhorar a adesão e promover monitoramento remoto, mesmo em contextos de infraestrutura limitada (Ribeiro, Vilasbôas & Almeida, 2024).

Por fim, Ranzi et al. (2024) enfatizam que a articulação da APS com outras políticas públicas amplia o impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Estratégias integradas, simples e territorializadas são fundamentais para promover equidade no controle da hipertensão em áreas remotas da Amazônia.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos estudos revisados evidencia que o controle da HAS em regiões remotas da Amazônia está condicionado a múltiplos fatores estruturais, culturais e institucionais que comprometem a efetividade da APS. Embora prevista como a principal estratégia do SUS, a APS apresenta fragilidades operacionais significativas nesses territórios, marcados por alta vulnerabilidade social e geográfica (Brasil, 2020).

As unidades básicas de saúde frequentemente carecem de infraestrutura adequada, recursos logísticos e profissionais suficientes para garantir atendimento contínuo. A escassez de insumos, o transporte precário e a alta rotatividade de médicos e enfermeiros dificultam a construção de vínculos e o planejamento territorializado do cuidado (Silva et al., 2023; Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Esse cenário gera descontinuidade do acompanhamento e reduz a capacidade de resposta às

demandas crônicas.

A adesão ao tratamento também sofre impactos negativos decorrentes da baixa escolaridade, da desinformação e da desconfiança nos serviços de saúde. Muitos usuários não compreendem o regime terapêutico e interrompem o uso da medicação diante de efeitos adversos não explicados, ou devido à irregularidade no fornecimento de medicamentos essenciais (Fittipaldi, O'Dwyer & Henriques, 2021).

A ausência de abordagem culturalmente sensível compromete ainda mais a efetividade da APS. A imposição de modelos biomédicos desarticulados dos saberes e práticas locais desestimula a adesão dos usuários e desconsidera as realidades cotidianas da população amazônica (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). Em comunidades marcadas por insegurança alimentar, por exemplo, as orientações nutricionais tornam-se impraticáveis diante da indisponibilidade de alimentos in natura (Bricarello et al., 2020). Além disso, o modelo atual de cuidado é predominantemente reativo. Muitos pacientes só acessam os serviços após eventos agudos, como infartos ou AVCs, revelando falhas na vigilância em saúde e na prevenção (Malta et al., 2022). A invisibilidade estatística de diversas comunidades, somada à ausência de dados atualizados, prejudica o planejamento e a alocação de recursos (IBGE, 2022).

Apesar dessas limitações, algumas estratégias mostram resultados promissores. A simplificação dos esquemas terapêuticos, com prescrição de doses únicas diárias, facilita a adesão em contextos de baixa escolaridade e acesso irregular (Silva et al., 2023b). A presença contínua das equipes, mesmo que reduzidas, favorece o vínculo e o controle pressórico (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023). A incorporação de tecnologias digitais, como aplicativos de mensagens, mesmo em ambientes com infraestrutura precária, também tem potencial para ampliar o monitoramento e reforçar o autocuidado (Ribeiro, Vilasbôas & Almeida, 2024).

Além disso, ações intersetoriais que integrem saúde, educação, transporte, nutrição e saneamento são fundamentais para enfrentar os determinantes sociais da HAS (Ranzi et al., 2024). Por fim, os ACS se destacam como atores estratégicos na mediação entre o sistema e os usuários. Sua inserção no território, conhecimento cultural e escuta qualificada os tornam essenciais para a vigilância ativa e a adesão terapêutica (Franco, Giovanella & Bousquat, 2023).

Conclui-se, então, que o enfrentamento das iniquidades no controle da hipertensão exige compromisso político, sensibilidade territorial e fortalecimento de práticas integradas, ampliando a APS para além do cuidado biomédico.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em territórios remotos da Amazônia Legal representa um desafio complexo e persistente da política pública de saúde no Brasil. Apesar de a APS ser o eixo estruturante do SUS, há uma distância marcante entre os princípios normativos e a prática cotidiana nos contextos amazônicos.

A revisão evidenciou que a cobertura formal da Estratégia Saúde da Família (ESF) não garante acesso resolutivo e contínuo. Infraestrutura precária, ausência de profissionais fixos e irregularidades no fornecimento de medicamentos comprometem a continuidade do cuidado e aumentam a vulnerabilidade clínica, especialmente entre idosos e pessoas com baixa escolaridade. Além disso, a baixa incorporação das especificidades territoriais no planejamento de ações gera um modelo assistencial padronizado, distante das realidades culturais e sociais locais.

A fragmentação das políticas e a fraca articulação intersetorial aprofundam desigualdades históricas, enquanto a educação em saúde, fundamental para o cuidado autônomo, permanece negligenciada. Raras são as ações educativas adaptadas ao contexto amazônico, o que limita a adesão ao tratamento e compromete o vínculo entre serviços e comunidade.

A logística de distribuição de medicamentos essenciais (RENAME) é outro ponto crítico. Mesmo com prescrição adequada, a irregularidade no abastecimento fragiliza a confiança da população e prejudica os desfechos terapêuticos. A ausência de protocolos assistenciais adaptados e de retaguarda diagnóstica agrava ainda mais esse cenário.

Apesar dessas dificuldades, o estudo identificou experiências promissoras. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se destacam pela inserção territorial e capacidade de mediação entre os serviços e os modos de vida locais. Tecnologias digitais simples, como aplicativos, mensagens SMS e registros eletrônicos, têm potencial para qualificar o cuidado, desde que sensíveis ao território.

O fortalecimento da APS requer investimentos estruturais, gestão territorializada, valorização profissional, educação permanente e integração intersetorial. Trata-se de reorganizar o modelo de atenção com base na escuta qualificada, participação comunitária e respeito aos saberes locais. Superar as iniquidades em saúde na Amazônia exige um pacto ético e político pela equidade, que reconheça essas populações como parte legítima do SUS. A APS deve ser instrumento de transformação social, garantindo cuidado territorializado, interdisciplinar e culturalmente situado.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acessado em 3 de março de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Vigitel Brasil 2021: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>. Acessado em 15 de março de 2024.

Bricarello, L. P., Retondario, A., Poltronieri, F., Souza, A. M., & Vasconcelos, F. A. G. (2020). Abordagem dietética para controle da hipertensão: Reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1421–1432. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.17492018>. Acessado em 7 de março de 2024.

Fittipaldi, A. L. M., O'Dwyer, G., & Henriques, P. (2021). Educação em saúde na atenção primária. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200806. Disponível em <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Acessado em 9 de março de 2024.

Franco, C. M., Giovanella, L., & Bousquat, A. (2023). Atuação dos médicos na APS em municípios rurais remotos: Onde está o território? *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(3), 821–836. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12992022>. Acessado em 13 de março de 2024.

Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C., & Herkrath, F. J. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 81–99. Disponível em <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/pt/>. Acessado em 3 de março de 2024.

Gewehr, D. M., Bandeira, V. A. C., Gelatti, G. T., Colet, C. F., & Oliveira, K. R. (2018). Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 42(116), 179–190. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>. Acessado em 10 de março de 2024.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2022). Censo demográfico preliminar 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acessado em 6 de março de 2024.

Lima, R. T. S., Fernandes, T. G., Martins Júnior, P. J. A., Portela, C. S., Santos Júnior, J. D. O., & Schweickardt, J. C. (2021). Saúde em vista: Uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2053–2064. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Acessado em 8 de março de 2024.

Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Prates, E. J. S., Vasconcelos, N. M., Gomes, C. S., Stopa, S. R., Sardinha, L. M. V., & Pereira, C. A. (2022). Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(spe1), e2021369. Disponível em <https://doi.org/10.1590/SS2237-962>. Acessado em 15 de março de 2024.

Mariosa, D. F., Ferraz, R. R. N., & Santos-Silva, E. N. (2018). Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1537–1548. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/ks4KDv7QFytTcr8pfNxfSpp>. Acessado em 14 de março de 2024.

Mendonça, M. H. M., Matta, G. C., Gondim, R., & Giovanella, L. (Orgs.). (2018). *Atenção primária à saúde: Conceitos, práticas e pesquisa*. CEE-Fiocruz. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>. Acessado em 11 de março de 2024.

Ranzi, D. V. M., Santos, M. L. M. dos, Marcheti, P. M., Soranz, D., Santos Júnior, J. R. dos, Guimarães, E. dos S., Raposo, R., & De-Carli, A. D. (2024). Territórios Integrados de Atenção à Saúde: Potencialidades de inovações para a qualificação da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(11), e04432024. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.04432024>. Acessado em 14 de março de 2024.

Ribeiro, A. M. V. B., Vilasbôas, A. L. Q., & Almeida, P. F. (2024). Experiences of access and use of primary health care by users with systemic arterial hypertension. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20240109. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0109en>. Acessado em 6 de março de 2024.

Santimaria, M. R., Borim, F. S. A., Leme, D. E. G., Fattori, A., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., & Neri, A. L. (2019). Falha no diagnóstico e no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em idosos brasileiros – Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(10), 3733–3742. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.32442017>. Acessado em 13 de março de 2024.

Silva, E. C., Martins, M. S. A. S., Guimarães, L. V., Secchi, N. J., Lopes, M. A. L., & Espinosa, M. M. (2016). Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(1), 38–51. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010004>. Acessado em 2 de março de 2024.

Silva, A. M., Fausto, M. C. R., & Gonçalves, M. J. F. (2023a). Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(1), e00163722. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT163722>. Acessado em 4 de março de 2024.

Silva, L. A. L. B., Melo, R. C., Toma, T. S., Araújo, B. C., Luquine Jr., C. D., Milhomens, L. M., Bortoli, M. C., & Barreto, J. O. M. (2023b). Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: Revisão rápida de evidências. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e67. Disponível em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67>. Acessado em 16 de março de 2024.



Políticas públicas e gestão em saúde bucal: impactos, desafios e resultados no Brasil

(Este artigo impacta a ODS 3. Saúde e Bem-Estar. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.)

Ricardo Lisboa Cayres¹

Angela Maria Moed Lopes²



RESUMO

A gestão das políticas públicas de saúde é essencial para garantir ações eficazes e abrangentes. No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) marcou uma nova fase, incluindo avanços na saúde bucal, antes negligenciada. As Diretrizes do Plano Nacional de Saúde Bucal impulsionaram ações intersetoriais, tornando a gestão estratégica para melhores resultados. Este trabalho analisa a evolução das políticas públicas e seus impactos na saúde bucal, os desafios na implementação e os resultados obtidos. A pesquisa utilizou dados de plataformas como MUST University, PUBMED e Scielo, em três idiomas. Apesar dos avanços, ainda há entraves, como a distribuição de recursos e a integração entre serviços, exigindo contínuas pesquisas para aprimorar o sistema e fortalecer a área.

Palavras-chave

Gestão em Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Managing public health policies is essential to ensuring effective and comprehensive actions. In Brazil, the creation of the Unified Health System (SUS) marked a new era, including advances in oral health, a previously neglected area. The National Oral Health Plan Guidelines promoted intersectoral actions, making management strategic for better results. This paper analyzes the evolution of public policies and their impacts on oral health, the challenges in implementation, and the results obtained. The research used data from platforms such as MUST University, PUBMED, and Scielo, in three languages. Despite the advances, obstacles remain, such as resource distribution and integration between services, requiring ongoing research to improve the system and strengthen the field.

Key words

Health Management. Public Health Policies. Oral Health.

1. Master of Science in Healthcare Management pela MUST University, Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário Unime. Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família pela UNOPAR, Especialista em Ortodontia pelo Instituto Prime, Especialista em Docência em Saúde pela UNOPAR, MBA em Gestão de Clínicas e Consultórios. E-mail: dr.ricardocayres@gmail.com

2. Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Especialista em Biomedicina Estética pela Faculdade Venda Nova do Imigrante e em Saúde Estética pela Universidade de Uberaba. Graduada em Biomedicina pela Universidade de Uberaba. E-mail: angela.lopes@mustedu.com

1. INTRODUÇÃO

A gestão de políticas públicas de saúde é o meio mais eficaz para garantia de ações específicas que abrangem a população. O país passou por diversos modelos assistenciais em saúde até chegarmos no modelo mais atual. Esses modelos foram sendo revistos e aprimorados nas grandes reuniões com estudiosos, profissionais de saúde, políticos, gestores e população, até chegar às características e diretrizes que temos atualmente, que é o Sistema Único de Saúde - SUS. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Logo, recai sobre a gestão a necessidade de criação de políticas públicas para identificar os agravos à saúde para, então, classificar os riscos, a população e as áreas atingidas e estabelecer ações que possam resolver esses problemas, investindo o necessário e trazendo resolutividade (Narvai & Frazão, 2008).

A saúde bucal da população brasileira ficou de fora dos grandes planos e projetos de saúde do governo por muitos anos, até ter início as discussões sobre a necessidade de sua inserção na agenda política e, então, serem criadas as Diretrizes do Plano Nacional de Saúde Bucal. Esse foi o início de um plano intersetorial de ações governamentais e assistenciais para os cuidados com a saúde bucal da população. Com o tempo, a gestão se mostrou indispensável para a maximização de resultados e investimentos na área. Porém, para compreender nosso atual sistema de assistência à saúde, identificar os desafios e estabelecer metas e melhorias, é necessário conhecer o histórico da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil até chegar nas ações e cuidados de saúde bucal mais atuais, pois foi através desse histórico, com seus erros de estratégia e acertos, mazelas e conquistas, que chegamos à conquista de um dos sistemas de saúde mais abrangentes do mundo (Narvai, 2020).

O objetivo geral desse trabalho é identificar os fatores de impacto na saúde bucal após a implementação de políticas públicas de saúde no Brasil, seus desafios e resultados. Já os objetivos específicos são identificar os principais fatores de impacto na saúde bucal após o surgimento das primeiras políticas públicas de saúde voltadas para a saúde bucal da população brasileira; constatar os principais desafios que a gestão em saúde pública encontra para implementação de projetos que visam os cuidados em saúde bucal no país; apontar os principais resultados de indicadores em saúde bucal após a implementação de políticas públicas em relação a períodos anteriores.

2. METODOLOGIA

A pesquisa realizada é de natureza qualitativa e descritiva, com foco em um levantamento histórico da saúde. Esse tipo de pesquisa permite explorar, descrever e interpretar os eventos históricos relacionados ao tema em questão, utilizando como base o conteúdo de artigos científicos selecionados. Para esse trabalho, foram utilizadas algumas bases de dados e plataformas de pesquisas científicas, como PubMed, SciELO, biblioteca eletrônica que abrange uma coleção de periódicos científicos da América Latina, além de plataformas científicas da MUST UNIVERSITY. Foram incluídos artigos em português do Brasil, inglês e espanhol.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 O surgimento e implementação do SUS

O SUS foi estruturado em princípios e diretrizes que norteiam seu funcionamento. São eles a universalidade, integralidade e equidade. Existem ainda os princípios organizativos: descentralização, regionalização e hierarquização. O SUS é dividido em três níveis de assistência à saúde: atenção primária, secundária e terciária (Brasil, 2024).

A Atenção Básica tem uma importância muito grande para o Sistema Único de Saúde, pois ela é caracterizada como a porta de entrada preferencial ao sistema. A Estratégia de Saúde da Família visa reorganizar a Atenção Básica, de acordo com os preceitos do SUS, e pretende contribuir para a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (Brasil, 2008).

Para implementar uma Estratégia de Saúde da Família, é essencial contar com uma equipe multiprofissional, conhecida como equipe de Saúde da Família. Esta equipe deve incluir, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro com a mesma qualificação, além de um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Até certo ponto, também era possível incorporar à equipe profissionais de saúde bucal, como um cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, junto com um auxiliar ou técnico em saúde bucal. Entretanto, com a promulgação da Lei 14.572 em 2023, tornou-se obrigatório que todas as redes de atenção à saúde ofereçam serviços de cuidado oral (Senado Federal, 2023).

Quanto aos profissionais de saúde bucal que compõem essas equipes, podem estar organizados da seguinte modalidade:

- Tipo I: Composta pelo cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- Tipo II: Cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- Tipo III: Profissionais das modalidades I ou II que operem na Unidade Odontológica Móvel (UOM) (Ministério da Saúde, 2012).

Todos esses projetos, ações e políticas públicas fazem do SUS um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Claro, apresenta necessidades de melhorias. Para defender o SUS, é necessário reconhecer seus problemas e propor soluções. Apesar de muitos brasileiros terem experiências ambíguas com o sistema, incluindo sofrimento e atendimento insuficiente, é crucial ampliar as condições para alcançar o direito universal à saúde. Isso inclui estratégias para revitalizar a esperança na sociedade e entre os profissionais de saúde, como a universalização da atenção primária, duplicando o número de equipes de saúde da família e núcleos de apoio (Campos, 2022).

É fundamental reformular a atuação em rede, criar fundos regionais de saúde e garantir uma política integrada de gestão de pessoal, assegurando direitos trabalhistas e humanização do atendimento. A proposta inclui também a criação de um autogoverno especial para substituir a terceirização, além de integrar reformas em áreas como vigilância sanitária, ciência e tecnologia, e educação permanente (Campos, 2022).

3.2 Primeiras políticas públicas de saúde no Brasil.

Na década de 50, o sistema que funcionava era denominado Odontologia Sanitária e Sistema Incremental. Esse tipo de assistência priorizava a atenção aos escolares do sistema público, com idades entre 6 e 14 anos. O enfoque era curativo e reparador, com início de algumas medidas preventivas. Já no final da década de 70, eram instituídas a Odontologia Simplificada e a Odontologia Integral. Sua principal característica era o enfoque na promoção e prevenção da saúde bucal (Brasil, 2008).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, um evento importante e histórico para o surgimento do SUS como é atualmente, ocorreu também a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). Essa reunião deixou como legado um rumo técnico e político para a saúde bucal, até então, sendo tratada com pouca importância pelas gestões anteriores. Houve a aprovação de um relatório final onde foram debatidos assuntos indispensáveis, como: a saúde como um direito de todos e dever do Estado; o diagnóstico de saúde bucal no Brasil; a reforma sanitária e a inserção da Odontologia no SUS; e o

financiamento do setor de saúde bucal. Com isso, propuseram a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Narvai, 2011).

No entanto, muito pouco foi feito na área de saúde bucal efetivamente nas gestões seguintes a essas diretrizes. A ação realizada pelo governo da época foi a criação de um Departamento de Odontologia no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), além da implementação, em 1988, de um Programa Nacional de Controle da Cárie Dental com o Uso de Selantes e Flúor (PNCCSF). Já no ano seguinte, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD). Porém, esses programas foram definidos de forma centralizada e sem unificação, visão contrária ao que se buscava nessa época para a saúde. Com isso, os estados e municípios não tinham autonomia para planejarem ações de saúde bucal de acordo com suas realidades sociais e indicadores epidemiológicos (Narvai & Frazão, 2008; Pires-Filho, 2004).

Com isso, em 1989, o então presidente da República, Fernando Collor, pôs fim aos dois programas e, ao definir sua política nacional de saúde, não explicitou ações específicas para a área de saúde bucal (Narvai & Frazão, 2008, 2009). Ainda no governo Collor, foi aprovada a Portaria nº 184, que inseriu os Procedimentos Coletivos de saúde bucal na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, o que permitiu financiamento com recursos do Fundo Nacional de Saúde de atividades educativas e de proteção, como aplicações de bochechos com flúor e escovação supervisionada com creme dental fluoretado (Frazão, 1998).

Em 1992, o presidente Collor sofreu um *impeachment* e na gestão seguinte, de Itamar Franco, a prioridade ao Plano Nacional de Saúde Bucal se manteve muito abaixo do ideal. Em 1993, ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, porém, não houve grandes avanços e melhorias. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em 1994, no final do governo de Itamar Franco e, mais tarde, teria uma grande importância para a saúde bucal coletiva. Já durante a gestão do sucessor de Itamar, o presidente da época, Fernando Henrique Cardoso, foram poucas as iniciativas na saúde bucal da população. No entanto, um avanço nesse período foi importante: o avanço do processo de descentralização do sistema de saúde e a transferência de verba aos municípios, que passaram a receber um valor fixo mensal de acordo com o número de habitantes, pelo mecanismo instituído pelo PAB (Piso de Atenção Básica). Devido ao PAB, houve um aumento da capacidade de gestão local com base nas necessidades de saúde coletiva (Narvai, 2011).

3.2.1 Políticas públicas de saúde bucal na atualidade no Brasil.

Nos anos 2000, a Portaria 1.444 abriu portas para o Plano Nacional de Saúde Bucal, através do Ministério da Saúde, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Em 2004, já no governo Lula, foi apresentado o Programa Brasil Sorridente, dentro no Plano Nacional de Saúde Bucal, integrado ao Plano Nacional de Saúde, pela Portaria 2.607 de 10/12/2004, através do Ministério da Saúde. O objetivo desse documento é enfatizar a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal e estabelece princípios norteadores e as linhas de ação na área (Brasil, 2008).

Essas diretrizes que apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal, reorienta as ações em todos os níveis de atenção, além do desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo como eixo de reorientação do modelo o cuidado e a promoção da saúde não centrada apenas no doente e nos agravos, mas, especialmente, na promoção da qualidade de vida. Além disso, o foco na humanização do processo de trabalho; a responsabilização dos serviços; desenvolvimentos de ações de saúde voltadas para as linhas de cuidado por fases de vida: criança, adolescente, adulto, idoso; além de ações complementares voltadas para as condições especiais da vida, como gestante, saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outros (Brasil, 2008).

Entre 2002 e 2008, o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) cresceu de 4.261 para mais de 17 mil, tendo uma cobertura de cerca de 91 milhões de habitantes. No entanto, esse valor ainda correspondia a pouco mais da metade das Equipes de Saúde da Família (ESF) (Narvai, 2020).

A partir de 2004, deu início às instalações dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que visam ampliar e qualificar a oferta dos serviços em saúde bucal, oferecendo atendimento especializado na atenção secundária. Essas unidades são referências para as unidades de saúde de atenção básica. O custo de seu funcionamento é compartilhado entre o governo federal, estados e municípios. Os serviços especializados mínimos ofertados são na área de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor, podendo ter outras especialidades. A ideia do CEO é justamente quebrar a ideia de que o SUS só oferece atendimentos e serviços básicos na área de saúde bucal (Narvai, 2011).

Já nas ações preventivas, foram ampliados os sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público. A gestão em saúde se mostra essencial quando vemos que, através de ações de políticas de saúde e bom gerenciamento, é possível levar melhorias à população e trazer resultados.

O futuro da saúde bucal no SUS dependerá do fortalecimento da sociedade civil e à busca por melhorias, e da manutenção da gestão política pública (Narvai & Frazão, 2008).

Mais recentemente, houve uma importante conquista nas políticas públicas de saúde bucal. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei 14.572/2023, que inclui a Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Brasil Sorridente, na Lei Orgânica da Saúde. Com isso, a saúde bucal passa a ser um direito garantido por lei a todos os brasileiros, destacando a importância do atendimento odontológico no SUS e reafirmando o compromisso do Governo Federal com o cuidado integral da população brasileira. O projeto prevê a expansão do atendimento odontológico com a inclusão de 3.685 novas equipes de saúde bucal e 630 novos serviços e unidades. O Ministério da Saúde estima que o investimento de R\$ 136,87 milhões em 2023 permitirá atender 10 milhões de pessoas a mais, totalizando 111,6 milhões de brasileiros com acesso aos serviços. O Brasil passará a contar com 33,3 mil equipes de saúde bucal e 5,6 mil serviços em funcionamento (Secretaria de Comunicação Social, 2024).

3.3 Desafios e resultados da gestão na implementação de políticas de saúde bucal na saúde pública.

Existem muitos desafios na gestão de políticas públicas em saúde de um modo geral e, nesse caso, especificamente da saúde bucal. Por isso, é necessário, como gestor, identificar cada possível problema, buscando máxima resolutividade, com o mínimo custo possível, obtendo resultados satisfatórios e melhorando os indicadores. Claro, isso é o ideal, porém, existem diversos desafios que devem ser discutidos. As condições dentárias são, sem dúvida, um dos maiores indicadores sociais. As baixas condições de saúde bucal e a imensa dificuldade em conseguir acesso à serviços odontológicos registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas no país (Pereira, 2009).

Na organização e gestão das ações e serviços em saúde, planejar corretamente cria possibilidades de compreensão da realidade, dos principais problemas e as principais necessidades de uma determinada população. Com isso, realizam-se a análise desses problemas identificados e a elaboração de propostas com capacidade de solução, criando, assim, um plano de ação. Esse plano de ação é viabilizado por meio de ações estratégicas, com estabelecimento de metas e implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação dessas operações. O êxito desse planejamento e ações em saúde dependem da implicação dos profissionais da equipe de saúde, de lideranças e representantes da comunidade (Narvai, 2011).

Um dos desafios da gestão é a identificação do problema. Como estamos abordando as políticas públicas de saúde bucal, é necessário identificar os principais agravos à população nessa área. Para isso, a epidemiologia é importante, sendo a ciência que estuda a distribuição dos problemas na sociedade. Assim, é possível conhecer o perfil da distribuição das principais doenças que acometem a população, monitorando seus riscos e tendências, seu acometimento, incidência e prevalência. Assim, é possível avaliar o impacto de medidas adotadas, comparando os resultados obtidos (Antunes & Peres, 2006).

Uma das ferramentas utilizadas para identificar os principais agravos de saúde bucal é a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, denominada SB Brasil, um levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, a cada 10 anos, que identifica os principais problemas da população em virtude de sua prevalência e gravidade e traz indicadores de saúde. Os principais agravos à saúde bucal são as doenças periodontais (gingivite e periodontite); a cárie dentária; câncer de boca; traumatismos dentários; fluorose dentária; edentulismo e má oclusão (Brasil, 2008).

Se um dos principais papéis da gestão é a solução dos problemas que atingem a população, destaca-se a importância de, antes, identificar com precisão esses problemas. Assim, reforça-se a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. Uma vez identificados esses problemas, é preciso identificar a população atingida e os fatores de risco aos agravos. Sabemos que um dos principais fatores para as doenças bucais está ligado a indicadores socioeconômicos. Escolaridade deficiente, baixa renda, falta de emprego, má qualidade de vida, moradia de baixa qualidade, falta de saneamento básico, entre outros fatores que, segundo a própria Organização Mundial da Saúde, estabelece como itens essenciais para a saúde e bem-estar do indivíduo (Soares, 2017).

O conhecimento científico disponível corrobora a associação entre as condições bucais e infecções, dores, sofrimento físico e psicológico. Por isso, é indispensável o enfrentamento desses problemas com ações assistenciais desenvolvidas por profissionais com competência para isso, além de requerer políticas públicas com ações intersetoriais, o compromisso do Estado e as esferas do governo, bem como de uma democrática participação da sociedade, parte fundamental de tudo isso e conquistado pela Constituição. Constituição essa que, desde 1988, legou no país um Sistema Único de Saúde que, apesar dos enormes desafios e limitações, tem se revelado uma grande conquista cidadã (Narvai, 2011).

Um desafio na gestão é estabelecer parâmetros, que são necessários para uma organização de ações e serviços em saúde, promovendo, assim, uma ação de gerência mais efetiva, melhorias no planejamento, permitindo avaliações e acompanhamento a longo prazo, proporcionando às equipes

de saúde uma qualidade diferenciada no processo de trabalho. Quem estabelece esses parâmetros são as secretarias municipais de saúde para avaliar a atuação das equipes de saúde bucal e orientação do processo de trabalho. Esses parâmetros serão estabelecidos após o conhecimento da realidade local sociocultural e levantamento epidemiológico de uma determinada população (Brasil, 2008).

Ao estabelecer parâmetros com base em metas de saúde ou assistência, é crucial considerar a cobertura da assistência disponível, alinhando-a aos recursos existentes. Deve-se garantir um número mínimo de procedimentos e consultas para enfrentar os problemas de forma eficaz, garantindo um equilíbrio entre a demanda e a capacidade de atendimento, de modo a manter a qualidade e a eficiência do sistema (Brasil, 2008).

A avaliação em saúde tem como objetivo principal apoiar o processo decisório no Sistema de Saúde, auxiliando na identificação de problemas e reorientação de ações e serviços. Também avalia a incorporação de novas práticas e mensura o impacto das ações nos indicadores de saúde. A avaliação deve ser consolidada como uma ferramenta de gestão em todas as esferas de governo, integrando-se às práticas de saúde e ao planejamento, utilizando instrumentos como o Pacto de Indicadores e sistemas de informação do SUS. Esses processos são essenciais para orientar a implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde. O Sistema de Informação em Saúde é composto por mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, com o objetivo de produzir e transmitir informações para decisões sobre ações de saúde, avaliando seus resultados e impactos. É responsabilidade dos municípios alimentar regularmente os sistemas do Ministério da Saúde, que são fundamentais para a avaliação e monitoramento das equipes de saúde, além de servirem como ferramentas para intervenção nos planejamentos locais (Brasil, 2008).

O trabalho em equipe é uma forma de organização em que profissionais, com base em seus conhecimentos e recursos, buscam soluções para os problemas de saúde. No entanto, nem sempre esses profissionais estão preparados para atuar de forma integrada, o que pode gerar conflitos. Na Saúde da Família, uma equipe multiprofissional atua no território-família-comunidade, conciliando ações comuns e específicas de cada área. O desafio é construir a interdisciplinaridade no trabalho em equipe. No trabalho em equipe, os profissionais mantêm suas áreas de atuação específicas, mas a abordagem dos problemas se torna compartilhada. A responsabilidade de conhecer, tratar e controlar situações de saúde passa a ser coletiva. A consulta tradicional é substituída por uma visão mais ampla de cuidado, que envolve uma atitude proativa de proteção, indo além da simples vigilância das condições de saúde (Brasil, 2008; Condeles et al., 2019).

Historicamente, a Saúde Bucal no setor de saúde era isolada, restrita à atuação do dentista em consultório. Atualmente, a incorporação dessas ações pelas Equipes de Saúde da Família busca

superar esse modelo, promovendo a integração da prática entre os profissionais da equipe. Essa mudança, porém, é desafiadora e complexa. A construção de um novo modo de operar as ações de saúde exige o comprometimento de todos os profissionais, promovendo a reflexão contínua sobre as práticas e uma maior integração entre a equipe e a comunidade. A proximidade com o usuário permite desenvolver sua autonomia no enfrentamento de problemas. Esse processo cria uma dinâmica pedagógica em que todos têm a oportunidade de ensinar e aprender (Brasil, 2008; Condeles et al., 2019).

Sob um recorte histórico iniciado com a redemocratização do país, a Política Nacional de Saúde Bucal se definiu como um processo coletivo de construção, e fortemente ligado à Reforma Sanitária e ao histórico de forças partidárias. O programa Brasil Sorridente, que surge nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal a partir de 2004, foi um grande salto nas políticas públicas voltadas à saúde bucal. Esse documento enfatiza a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, a articulação com setores da educação, ciência e tecnologia, e identifica os princípios norteadores e suas linhas de ação previstas (Narvai & Frazão, 2008; Soares, 2017).

Uma das principais ações estava na ampliação da atenção secundária, com a implementação do Centro de Especialidades Odontológicas –CEO. A Portaria do Ministério da Saúde define o CEO como uma unidade de referência para as equipes de saúde bucal na atenção básica, onde compete o atendimento de serviços especializados. Essa oferta é de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município. O gestor precisa compreender que os custos para seu funcionamento devem ser compartilhados entre Governo Federal, estadual e municipal. O CEO é uma forma de garantir a integralidade do cuidado, ou seja, a atenção em todos os níveis a um indivíduo (Saliba, 2013).

Outro avanço ocorreu na Atenção Básica, com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família. Os investimentos em programas como esses, direcionados aos cuidados da saúde bucal, revelam a sua importância quando se tem acesso a dados alarmantes, como os que mostram a porcentagem de brasileiros, em dados do IBGE nos anos 2000, que nunca haviam ido ao dentista. Cerca de 18,7% da população brasileira nunca havia recebido atendimento odontológico, sendo que esse número cresce para 32% quando se trata de zona rural, e cresce para dramáticos 43,4% entre pessoas sem renda na região Nordeste. Entre os anos de 2002 à 2010, o número de equipes de saúde bucal saltou de menos de 5 mil para mais de 20 mil, ainda assim, não existia uma equipe de saúde bucal em todas as equipes de saúde da família. Com esses investimentos, à época, as equipes de saúde bucal passaram a estar presentes em 4.830 dos 5.566 municípios brasileiros, elevando a cobertura da população de 15% para 45% aproximadamente (Narvai, 2020).

Outra estratégia foram as Unidades Odontológicas Móveis - UOM, que visavam o atendimento às populações de áreas isoladas e com maior dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde, como as zonas rurais, por exemplo. Há, ainda, ações intersetoriais de cuidado, como a fluoretação das águas de abastecimento público, juntamente com as medidas de vigilância em saúde, que contribuem diretamente para melhorias dos índices de saúde bucal. Entre 2003 e 2010, 603 novos sistemas de fluoretação foram implantados (Narvai, 2011). Mais recentemente, nos números de 2018, contamos com os seguintes números: 26.807 Equipes de Saúde Bucal; 1.138 Centros de Especialidades Odontológicas; 1.970 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e 302 Unidades Odontológicas Móveis (Narvai, 2020).

Todos esses investimentos se mostraram eficazes para a redução dos números dos agravos dos indicadores de saúde, em conjunto com ações na atenção primária, tendo como base as Unidades Básicas de Saúde, a atenção secundária, com os Centros de Especialidades Odontológicas e a atenção terciária, com os hospitais para tratamento de pacientes com câncer de boca, são modalidades assistenciais no âmbito do SUS voltados para os cuidados da saúde bucal (Soares, 2017).

Cabe ressaltar o avanço financeiro que as Políticas Públicas de Saúde Bucal promoveram no país nos últimos anos. Para se dimensionar o investimento, anteriormente à Política Nacional de Saúde Bucal, no período entre 1995 e 2002, o recurso investido foi em média 950 milhões de reais (em valores corrigidos pelo IPCA/IBGE, para 1/7/2019). Entre 2003 e 2010, no governo Lula, uma média de 1 bilhão e 300 milhões, atingindo, em 2012, no governo Dilma, o maior investimento, de cerca de 1 bilhão e 700 milhões de reais. Já em 2016, no governo Temer, esse investimento caiu substancialmente, numa média de 500 milhões. Mais recentemente, no governo Bolsonaro, entre 2019 e 2022, estima-se um investimento em torno de 1 bilhão de reais (Narvai, 2020).

Atualmente, alguns desafios ainda são apresentados e precisam ser objetos de melhorias. Alguns dos principais desafios na área de saúde bucal são na formação do profissional, que deve ter um direcionamento cada vez mais generalista; o compartilhamento entre as 3 esferas do governo; a garantia da prática democrática de gestão, onde garante a participação dos trabalhadores de saúde, gestores e população; garantir o entendimento e funcionamento da referência e contrarreferência para os serviços de atenção secundária; garantir a igualdade em todas as regiões do país ao acesso à água fluoretada; garantir e manter em operação as Unidades Odontológicas Móveis (Narvai, 2020).

Apesar desses desafios específicos na saúde bucal, o principal desafio da Política Nacional de Saúde Bucal é não permitir que seja desvinculada das demais políticas de saúde, permitindo integrar-se de forma efetiva ao SUS e garantindo o enfrentamento das desigualdades sociais. Além disso, precisa ir além das políticas e ações na atenção primária, secundária e terciária, atingindo as relações entre profissionais de saúde e usuários do SUS. É importante que se continue os investimentos e a atenção à essas políticas de saúde bucal (Narvai, 2020).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão das políticas públicas de saúde é essencial para garantir ações eficazes e abrangentes. No Brasil, a trajetória até o SUS evidenciou avanços significativos, apesar de desafios, como a negligência inicial da saúde bucal. A introdução de ações e projetos nessa área impulsionou mudanças importantes, promovendo integração e desenvolvimento intersetorial. Apesar dos progressos, persistem obstáculos como a alocação de recursos e a articulação entre serviços. A análise da gestão em saúde bucal mostra conquistas relevantes, mas também aponta a necessidade de superação contínua. Diante das constantes transformações nesse campo, é fundamental que novas pesquisas acompanhem a evolução das políticas, contribuindo para o fortalecimento do sistema de saúde e o avanço científico na área.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, J. L. F., & Peres, M. A. (2006). Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Brasil. (2024). Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus> Acessado em: 17 de setembro de 2024.

Brasil. (2008). Caderno de atenção básica nº 17: Saúde da família [PDF]. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_17.pdf. Acessado em: 11 de setembro de 2024.

Campos, G.W.S. (2022). Reforma da saúde e do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S4D4RVs6VY99TdZ3r5gTpRF/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 11 de setembro de 2024.

Condeles, P.C., Bracarense, C.F., Parreira, B.D.M., Rezende, M.P. & Chaves, L.D.P. (2019). Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. *Esc Anna Nery*, 23(4). São Paulo: Ribeirão Preto. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KG5skhXWckqRTHm9vyKJ7ZC/?lang=pt>. Acessado em: 11 de setembro de 2024.

Frazão, P. (1998). Tecnologias em saúde bucal coletiva. In E. Botazzo & S. Freitas (Orgs.), *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: Eousc/EoUNEsP, p. 159-174. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1074805>. Acessado em: 11 de setembro de 2024.

Frazão, P. & Narvai, P.E. (2009). Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v. 81, pág. 64-71, jan.abr. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772008.pdf>. Acessado em: 11 de setembro de 2024.

Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.

Narvai, P.E. (2011). Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 5(3), 21–34. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1039>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.

Narvai, P.E. (2020). Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Atas de Saúde Coletiva*. Brasília: 14(1), 175-187. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.

Narvai, P.E. & Frazão, P. (2008). Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ty266/pdf/narvai-9788575413630.pdf>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.

Pereira, C. R. S., Patrício, A. A. R., Araújo, F. A. C., Lucena, E. E. S., Lima, K. C. & Roncalli, A. G. (2009). Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(5), 985-996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7wpZrKYDCFxbx495g3yMW5F/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.

Pires-Filho, E. M. (2004). Políticas de saúde bucal: pingos e respingos: registros para uma contribuição crítica. Porto Alegre.

Saliba, N.A., Nayme, J.G.R., Moimaz, S.A.S., Cecilio, L.P.P. & Garbin, C.A.S. (2013). Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. São Paulo: Revista Odontológica UNESP. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/6CZCvK8nLrvnCZXHDrJ4SQr/abstract/?lang=pt>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.

Secretaria de Comunicação Social. (2024, agosto). Governo Federal dobra repasses do Programa Brasil Sorridente a gestores locais. Governo do Brasil. <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/08/governo-federal-dobra-repasses-do-programa-brasil-sorridente-a-gestores-locais>

Senado Federal. (2023). Sancionada lei que cria Política Nacional de Saúde Bucal. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/05/09/sancionada-lei-que-cria-politica-nacional-de-saude-bucal#:~:text=A%20Lei%2014.572%2C%20de%202023,a%20lei%20passar%20a%20valer>. Acessado em: 19 de setembro de 2024.

Soares, C.L.M., Paim, J.S., Chaves, S.C. de L., Rossi, T.R.A., Barros, S.G. & Cruz, D.N. (2017). O movimento de saúde bucal coletiva no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(6), 1805–1816. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d6CfgebYGjnLVqj7tMZyMmrR/>. Acessado em: 25 de agosto de 2024.