Vigilância em Saúde e Atenção Primária

Elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável

2° Edição

VOL. 2 Atenção Primária e Políticas Transversais



Secretaria da Saúde

GOVERNO DE PERNAMBUCO

Advances in Science

Vigilância em Saúde e Atenção Primária

Elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável

2ª Edição

Vol. 2 Atenção Primária e Políticas Transversais

Secretaria da Saúde
GOVERNO DE PERNAMBUCO
Advances in Science

2026

Governo do Estado de Pernambuco
Raquel Teixeira Lyra Lucena

Vice-governadora do Estado de Pernambuco
Priscila Krause Branco
Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco
Zilda do Rego Cavalcanti
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária
Renan Carlos Freitas da Silva
Diretor Geral de Vigilância em Saúde e Atenção Primária
Antonio Flaudiano Bem Leite
Diretor Geral de Informações e Vigilância Epidemiológica
José Lancart de Lima
Diretor Geral de Vigilância Ambiental
Eduardo Augusto Duque Bezerra
Diretora Geral de Laboratório de Saúde Pública de Pernambuco (LACEN-PE)
Keilla Maria Paz e Silva
Diretora Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA)
Karla Freire Baeta
Diretora Geral de Atenção Primária
Mariana Alves Lemos
Diretora Geral de Políticas Estratégicas
Alexciane Priscila da Silva
Diretor Geral de Atenção à Saúde Prisional
Jonatan Barros Willian Sobral Barros da Silva

Gerente da I Regional de Saúde
Thaís Neves Gomes

Gerente da II Regional de Saúde
Isabel Helena de Souza Leal Costa

Gerente da III Regional de Saúde
Joyce Catarina Lopes de Morais

Gerente da IV Regional de Saúde
Letícia Hayanne de Oliveira Galvão

Gerente da V Regional de Saúde
Cleide dos Santos Batista

Gerente da VI Regional de Saúde
Bruno Souza de Lima

Gerente da VII Regional de Saúde
Maria Auxiliadora de Sá Magalhães Santos

Gerente da VIII Regional de Saúde
Ana Célia de Almeida Carvalho

Gerente da IX Regional de Saúde
Fernando Antônio Parente de Melo

Gerente da X Regional de Saúde
Mary Delanea Sousa Pinheiro dos Santos

Gerente da XI Regional de Saúde
Karla Milene Souza Lima Cantarelli

Gerente da XI Regional de Saúde
Camilla de Sena Guerra Bulhões

2026 – Secretaria Estadual de Saúde/PE - Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Organizadores
Antonio Flaudiano Bem Leite
Letícia Moreira Silva
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos
Renan Carlos Freitas da Silva

Elaboração, distribuição de informações
Secretaria Estadual de Saúde/PE

Coordenação Editorial
Juliana Ramos de Andrade

Capa
André Felipe da Silva

Revisão Textual
Antonio Flaudiano Bem Leite
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos
Letícia Moreira Silva

Projeto Gráfico e Diagramação
Henrique Conceição

Endereço
Rua Vinte e Quatro de Agosto, 214,
Santo Amaro, 50040-190, Recife-PE

E-mail
sevsapsespe@gmail.com

Digital no Brasil/Printed in Brazil

P452 Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
Vigilância em saúde e atenção primária : elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável. v 2, Atenção Primária e Políticas Transversais / organizadores: Antonio Flaudiano Bem Leite...[et al.]. - 2. ed. - Recife: Advances in Science, 2026.
434 p. : il., color. ; 16 x 23 cm.

ISBN físico: 978-65-85710-25-1
ISBN digital: 978-65-85710-26-8
DOI da publicação digital: 10.37085/bookAS.14

1.Saúde Sustentável. 2.Saúde – atenção primária. 3. Saúde - políticas transversais. I. Título. II. Leite, Antonio Flaudiano Bem (org.).

CDD 613
CDU 613.9-055

Juliana Nolêto Costa – CRB 4 - 1767/P

APRESENTAÇÃO

TERRITÓRIOS, SUJEITOS E POLÍTICAS QUE ATRAVESSAM O CUIDADO

Zilda do Rego Cavalcanti
Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco

O Volume 2 da 2ª Edição da Série - **Vigilância em saúde e atenção primária : elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável** - corresponde ao eixo **Atenção Primária e Políticas Transversais**. Sua composição apresenta um conjunto diversificado de capítulos voltados à análise de experiências, políticas, estratégias e práticas de cuidado que atravessam a organização do SUS em Pernambuco.

O volume 2 inicia com temas relacionados à participação social e ao controle democrático do SUS, incluindo análise da atuação do controle social durante a pandemia de Covid-19. Essa abertura é significativa porque situa a Atenção Primária e as políticas transversais no campo mais amplo da democracia, da participação popular e da corresponsabilidade entre Estado e sociedade.

Na sequência, o leitor encontrará capítulos voltados à ampliação do acesso e à equidade, como a expansão das Unidades Odontológicas Móveis em territórios vulnerabilizados, a atenção a pessoas com fibrose cística, a saúde prisional, a saúde bucal escolar, a atenção à população LGBTQIAPN+, o cuidado às pessoas

com transtorno do espectro autista e outras neurodiversidades, além de experiências relacionadas à saúde de povos e comunidades tradicionais.

Um dos núcleos mais expressivos do volume é composto por textos sobre equidade racial, interseccionalidade, saúde quilombola, saberes ancestrais, terreiros, yalorixás, população negra e práticas antidiscriminatórias no SUS. Esses capítulos ampliam o horizonte da gestão pública ao reconhecer que racismo, desigualdade territorial, gênero, classe, religião, cultura e pertencimento comunitário interferem diretamente no processo saúde-doença-cuidado.

Outro bloco trata da qualificação do cuidado e da humanização. Experiências como palhaçoterapia, projeto "Cuidando de Quem Cuida", práticas integrativas e complementares, terapia floral de Bach, cuidados paliativos, acolhimento LGBTQIAPN+, apoio às famílias neurodivergentes e saúde mental apontam para uma concepção de cuidado que considera sofrimento, vínculo, escuta, subjetividade e redes de apoio.

O volume 2 também dedica atenção à gestão, regulação, transformação digital e organização das redes. São exemplos os capítulos sobre regulação ambulatorial, gestão de filas, descentralização do monitoramento de indicadores da APS por painéis inteligentes, telediagnóstico, triagem digital de disfagia, transição de cuidados, gestão do serviço social e vigilância epidemiológica hospitalar. Essas experiências demonstram que a Atenção Primária e as políticas transversais dependem de arranjos de gestão capazes de integrar dados, fluxos, serviços e decisões.

A educação permanente aparece como eixo transversal em diferentes capítulos, seja na formação para cuidado ao TEA e neurodiversidades, nas experiências do VER-SUS, nos grupos de leitura, na qualificação de práticas antidiscriminatórias ou na produção de pesquisa pela gestão do trabalho. Essa presença reforça que a transformação do SUS exige aprendizagem institucional contínua.

Na coletânea dos três volumes, este Volume 2 desempenha o papel de aprofundar a dimensão ética, territorial e social da obra.

Ele mostra que a informação produzida pela vigilância precisa encontrar tradução concreta no cuidado, e que o cuidado, para ser integral, precisa incorporar as desigualdades como objeto de intervenção pública.

Trata-se, portanto, de um volume voltado aos sujeitos do SUS: usuários, comunidades, trabalhadores, gestores e coletividades que constroem diariamente a saúde como direito.

PREFÁCIO

CUIDAR COM EQUIDADE: A ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS POLÍTICAS TRANSVERSAIS NO CENTRO DO SUS

Renan Carlos Freitas da Silva
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária

Se o primeiro volume desta coletânea parte da Vigilância em Saúde como fundamento da proteção coletiva, este segundo volume desloca o olhar para o lugar onde o SUS se concretiza de forma mais próxima da vida cotidiana: os territórios de cuidado. A Atenção Primária à Saúde e as políticas transversais constituem o eixo central deste volume porque expressam, talvez com maior nitidez, a vocação democrática do sistema público de saúde brasileiro.

A Atenção Primária não é apenas porta de entrada. É espaço de vínculo, continuidade, escuta, coordenação do cuidado, reconhecimento das desigualdades e construção de respostas ajustadas às necessidades reais das pessoas. Quando articulada às políticas transversais, ela deixa de ser compreendida como uma estrutura assistencial homogênea e passa a operar como campo de produção de equidade. É nesse ponto que este volume assume sua contribuição mais relevante.

Os capítulos aqui reunidos abordam temas que atravessam diretamente o desafio de tornar o SUS mais justo: controle social, saúde bucal em territórios vulnerabilizados, fibrose cística,

comunidades tradicionais, saúde quilombola, saberes ancestrais, racismo, interseccionalidade, saúde da população LGBTQIAPN+, neurodiversidades, saúde prisional, saúde do homem, tabagismo, práticas integrativas, cuidados paliativos, saúde mental, humanização, palhaçoterapia, saúde escolar, transição de cuidados, gestão de filas, regulação ambulatorial, telediagnóstico, vigilância hospitalar, políticas para povos e comunidades tradicionais e estratégias de educação permanente.

A presença desses temas revela que a Atenção Primária, para cumprir sua missão constitucional, precisa ser compreendida em sua dimensão ampliada. Não se trata apenas de organizar consultas, procedimentos ou indicadores. Trata-se de reconhecer sujeitos historicamente invisibilizados, enfrentar barreiras de acesso, acolher diferenças, produzir cuidado culturalmente sensível e transformar desigualdades em objeto explícito da gestão pública.

Este volume 2 mostra que as políticas transversais não são acessórios da política de saúde. Elas são instrumentos de correção das iniquidades que atravessam o sistema. Ao abordar saúde quilombola, comunidades tradicionais, população negra, mulheres, mães atípicas, pessoas neurodivergentes, população LGBTQIAPN+, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores e territórios vulnerabilizados, a obra reafirma que a universalidade do SUS só se realiza plenamente quando orientada pela equidade.

Há também, neste conjunto, uma importante reflexão sobre inovação institucional. Painéis inteligentes de monitoramento da Atenção Primária, experiências de regulação, telerrecursos, transição de cuidados, telediagnóstico e organização de redes apontam para uma APS que não se limita à unidade física de saúde. Ao contrário, mostram uma Atenção Primária conectada a sistemas de informação, redes assistenciais, educação permanente, tecnologias digitais e estratégias regionais de cuidado.

O Volume 2 dialoga com o Volume 1 porque traduz os achados da vigilância em práticas de cuidado, acesso e equidade. E prepara o Volume 3 porque evidencia que nenhum projeto de

integração entre Vigilância e Atenção Primária será efetivo se não considerar as populações, os territórios, as desigualdades e as políticas transversais como elementos estruturantes. A integração não pode ser apenas técnica; precisa ser também ética, territorial e socialmente comprometida.

A força deste volume está em mostrar que o SUS pernambucano é produzido por muitos sujeitos: gestores, trabalhadores, pesquisadores, residentes, estudantes, conselheiros, comunidades, movimentos sociais, equipes territoriais, hospitais, unidades básicas, escolas, terreiros, instituições acadêmicas e serviços especializados. Essa pluralidade confere densidade à obra e revela que o cuidado em saúde não se faz apenas por protocolos, mas por encontros institucionais, saberes compartilhados e decisões públicas orientadas pela justiça social.

Este segundo volume, portanto, ocupa o lugar do aprofundamento humanizador da obra. Ele mostra que produzir saúde não é apenas controlar agravos ou organizar serviços, mas sustentar políticas capazes de reconhecer a dignidade dos sujeitos em seus contextos concretos de vida. Ao fazê-lo, reafirma a Atenção Primária como eixo estratégico da democracia sanitária brasileira.

LISTA DE AUTORES

Adrianne de Carvalho Lira
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Alexciane Priscila da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Aline de Oliveira Cordeiro
Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

Alvaro Antônio Cabral Vieira de Mello
Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Amanda Maria Antônia da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Américo Danúzio Pereira de Oliveira
Hospital Governador Eduardo Campos, Recife, Pernambuco, Brasil

Ana Beatriz de Melo Pereira
Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

Ana Beatriz Gouveia Ramos
Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Ana Claudia Silva Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira, Pesqueira, Pernambuco, Brasil

Ana Cristiane Carvalho Santos
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Ananda Sabrina Ramos Nunes
Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

André Arraes Parente
Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente Férrer, São Vicente Férrer, Maranhão, Brasil

Andressa Joyce Pereira Bispo
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Andressa Purificação dos Anjos
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Andrezza Gonçalves de Sousa
Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Angela Bezerra da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

Anna Beatriz Leite D'andrada
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Anne Francis da Rocha Neris
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Bárbara Morgana da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Betizaide Gomes da Rocha
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Bianca Larissa Marques dos Santos
Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Bruno de Sá Concerva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Carmem Alves Cavalcanti
Secretaria Municipal de Saúde de Olinda, Olinda, Pernambuco, Brasil

Carolina Ribeiro Carrascoso
Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

Daniele Saara dos Santos de Lima
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Danilo Ferreira da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Danilo Gustavo dos Santos Souza
Secretaria Municipal de Saúde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

Danilo Martins Roque Pereira
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Dayenne Félix da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Dayne Maria Zacarias da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

Dayvson Silva dos Santos
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Deise Mayara Lima Martins
Hospital Governador Eduardo Campos, Recife, Pernambuco, Brasil

Diego Filipe Ramalho do Nascimento
Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

Diego Francisco Lima da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Diogenes Ferreira dos Passos
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Dulcineide Gonçalo de Oliveira
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Édio Souza Silva Filho
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Emmanuella Lins Souza Barbosa
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Emmanuelle Olímpio da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Erik Tavares Gonçalves
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Gabriela Felinto Vieira de França
Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Gabriella Diogo da Silva
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Giovanna Maria Vasconcelos Dias Moura
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Gisele Almeida de Noronha
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Glaucy Vitória Nascimento Amorim
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Glebson Costa Alves
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Hellen Viana Matias
Secretaria Municipal de Saúde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

Igor Duque Granja
Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil

Igor Morgano Miguel dos Santos
Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

Inês de Moura Tenório
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Isabel Mota Valença Rodrigues
Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Isabella Bezerra Ramos
Hospital Governador Eduardo Campos, Recife, Pernambuco, Brasil
Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

Jackeline Maria Tavares Diniz
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Jamerson de Souza Marinho
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Jaqueline Cordeiros Lopes
Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira, Pesqueira, Pernambuco, Brasil

Jayna Epaminondas Rodrigues
Hospital Governador Eduardo Campos, Recife, Pernambuco, Brasil

Joanna Beatriz de Oliveira Silva
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

João Pedro Ramalho Rodrigues
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Josigles Araújo de Oliveira Júnior
Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Julyana da Costa Reis Oliveira Iwanaga
Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Karina Catanho de Oliveira
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Karla Tatiane Batista de Oliveira Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Keren-Hapuque Costa Xavier Lins
Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

Laís de Sá Menezes
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Larissa Keyla Ferreira Canel
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Larissa Michelle Tenório de Vasconcelos
Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira, Pesqueira, Pernambuco, Brasil

Laura Lins do Nascimento Almeida
Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Leonardo de Barros Lopes
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Leticya Gabriella de Souza
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Leyliane Fernanda da Silva Ribeiro
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Lorena Franco Sobral
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Luciana Cristiane Santos Mandu
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Pesqueira, Pernambuco, Brasil

Luciano da Silva Medeiros Junior
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

Luis Henrique Guedes de Andrade Lima
Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente Férrer, São Vicente Férrer, Maranhão, Brasil

Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Marcione Gomes de Carvalho
Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

Maria Auxiliadora Vieira Caldas Sivini
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Clara Valadares Maia Cavalcanti
Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Deisiane de Souza
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Gabriela Amorim da Silva
Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Maria Júlia de Souza Nascimento
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Magaly Colares de Moura Alencar
Hospital Barão de Lucena, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Marcella Baltar dos Santos de Oliveira
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Nataly Ferreira dos Santos
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Maria Ruhama Ferreira Alves
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Mariana Alves Lemos
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros
Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

Matheus Gomes Magalhães Leiros
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Mauriciana Pereira Ferreira
Hospital Governador Eduardo Campos, Recife, Pernambuco, Brasil
Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

Mayara Figueira Souto
Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

Melba Santiago Menezes
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Merielly Mariano Bezerra de Araújo
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Miqueline Correia de Melo
Secretaria Estadual de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil

Moara Maria Silva Cardozo
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil

Monica da Silva Pereira
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Monica Rita da Silva Simplicio
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Mykaele Rebeca de Jesus Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Náira Lima Vidal de Negreiros
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Pedro Jorge da Silva Matos
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Raquel Neposiano da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Rayane Souza de Andrade Azevedo
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Rayssa Maria da Silva Lima
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Rebeca Agreles de Holanda Barbosa
Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

Roberta Corrêa de Araujo de Amorim
Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

Roberta Gomes Menezes de Lima
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Robson Cruz Ramos da Silva
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Rodrigo Cardoso dos Santos
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Rodrigo Sales Queiroz
Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Rogelia Herculano Pinto
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Sheyla Costa de Oliveira
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Sidrielly Cecília Clarice de Assunção
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco,Brasil

Silvana Cavalcanti dos Santos
Instituto Federal de Pernambuco, Pesqueira, Pernambuco, Brasil

Simone Maria Muniz da Silva Bezerra
Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Tássia Mayra Oliveira Farias
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Tatiana de Paula Santana da Silva
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Tayná Larissa Barbosa de Oliveira
Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

Thainá Barbosa de Brito
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Thaís Bezerra dos Santos Pereira
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Valdza Nunes de Aguiar Soares
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Virgínia Maria Holanda de Moura
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Vitor Nascimento Goes
Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Zilda do Rego Cavalcanti
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

SUMÁRIO

SUMÁRIO

33 ATUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO ESTADUAL EM PERNAMBUCO(PE) DURANTE A PANDEMIA
Maria Nataly Ferreira dos Santos, Petrônio José de Lima Martelli, Diogenes Ferreira dos Passos, Thaís Bezerra dos Santos Pereira

47 UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NA SAÚDE BUCAL: A EXPANSÃO DAS UNIDADES ODONTOLÓGICAS MÓVEIS EM TERRITÓRIOS VULNERABILIZADOS
Vitor Nascimento Goes, Melba Santiago Menezes, Leonardo de Barros Lopes, Glebson Costa Alves, Robson Cruz Ramos da Silva

61 A ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA EM PERNAMBUCO
Karla Tatiane Batista de Oliveira Silva, Mykaele Rebeca de Jesus Silva, Glaucy Vitória Nascimento Amorim, Thainá Barbosa de Brito, Leticya Gabriella de Souza

73 AUSÊNCIA DE CONHECIMENTO DAS NORMAS REGULAMENTADORAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DE TRABALHADORES EM COMUNIDADES TRADICIONAIS
Leonardo de Barros Lopes, Glebson Costa Alves, Melba Santiago Menezes, Vitor Nascimento Goes, Robson Cruz Ramos da Silva

89 SAÚDE E AXÉ, SABERES ANCESTRAIS NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO: HOMENAGEM ÀS YALORIXÁS-DE OLINDA
Carmem Alves Cavalcanti, Igor Duque Granja, Diego Filipe Ramalho do Nascimento, Inês de Moura Tenório

99 SAÚDE PRISIONAL E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO: ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM PERNAMBUCO
Jonatan Willian Sobral Barros da Silva, Merielly Mariano Bezerra de Araújo, Dayvson Silva dos Santos, Anna Beatriz Leite D'andrada, Maria Júlia de Souza Nascimento

115 VIGILÂNCIA DE DADOS E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA GESTÃO ESTADUAL: RELATO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO VIA ARQUITETURA DE PAINÉIS INTELIGENTES E AUTÔNOMOS
Gabriella Diogo da Silva, Matheus Gomes Magalhães Leiros, Mariana Alves Lemos, Rodrigo Cardoso dos Santos

123 BRINCART: A PALHAÇOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIA
Ana Beatriz Gouveia Ramos, Gabriela Felinto Vieira de França, Isabel Mota Valença Rodrigues, Laura Lins do Nascimento Almeida, Maria Clara Valadares Maia Cavalcanti, Alvaro Antônio Cabral Vieira de Mello

133 GRUPO RAÇA, GÊNERO E SAÚDE: O PAPEL DA INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICA E PRÁTICA, NA BUSCA POR UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EQUÂNIME
Maria Ruhama Ferreira Alves, Melba Santiago Menezes, Monica da Silva Pereira, Diego Francisco Lima da Silva, Tereza Maciel Lyra

141 ELOS QUE : INSTITUIÇÃO E RETOMADA DOS DIÁLOGOS DA SECRETARIA CURAM ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO HOSPITALAR E POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS POR MEIO DA CASPCT
Melba Santiago Menezes, Vitor Nascimento Goes, Leonardo de Barros Lopes

151 ARTICULAÇÃO DOS INCENTIVOS RIBEIRINHO E QUILOMBOLA E A CONSTRUÇÃO DE COLEGIADO COM AS GERES: UMA EXPERIÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS EM PERNAMBUCO
Melba Santiago Menezes, Monica Rita da Silva Simplicio, Dayenne Félix da Silva

159 SAÚDE BUCAL NO AMBIENTE ESCOLAR: EXPERIÊNCIA INTERSETORIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE PERNAMBUCO
Pedro Jorge da Silva Matos, Rayssa Maria da Silva Lima, Laís de Sá Menezes

169 CONSTRUINDO ESPAÇOS DE CUIDADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
Ana Beatriz de Melo Pereira, Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros, Angela Bezerra da Silva, Dayne Maria Zacarias da Silva

177 SUBFINANCIAMENTO, AUSTERIDADE E POLÍTICAS ESTRATÉGICAS NO SUS: LIMITES ESTRUTURAIS AO FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS VOLTADAS A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior, Larissa Keyla Ferreira Canel, Anne Francis da Rocha Neris, Rebeca Agreles de Holanda Barbosa, Tayná Larissa Barbosa de Oliveira

189 DIÁLOGO ENTRE REDES E GOVERNANÇA DO CUIDADO: ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS INTEGRADAS PARA A ATENÇÃO AO AUTISMO E OUTRAS NEURODIVERSIDADES
Valdza Nunes de Aguiar Soares, Roberta Gomes Menezes de Lima, Tatiana de Paula Santana da Silva, Emmanuelle Olímpio da Silva, Tássia Mayra Oliveira Farias

197 GRUPO DE LEITURA "EQUIDADE E INTERSECCIONALIDADE EM SAÚDE": REFLEXÕES COLETIVAS PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS MAIS JUSTAS NO SUS
Lorena Franco Sobral, Melba Santiago Menezes, Diego Francisco Lima da Silva, Maria Ruhama Ferreira Alves, Andressa Purificação dos Anjos

205 TELEDIAGNÓSTICO EM ELETROCARDIOGRAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE E DO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA
Leyliane Fernanda da Silva Ribeiro, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra, Dulcineide Gonçalo de Oliveira, Náira Lima Vidal de Negreiros, João Pedro Ramalho Rodrigues

223 PERFIL DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS EM PERNAMBUCO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DECOLONIAL LATINO-AMERICANA
Danilo Martins Roque Pereira, Luiz Valério Soares da Cunha Júnior, Larissa Keyla Ferreira Canel, Anne Francis da Rocha Neris, Sheyla Costa de Oliveira

241 MARCAS DO TABACO: UMA ANÁLISE CLÍNICA DAS ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES TABAGISTAS
Luis Henrique Guedes de Andrade Lim, Danilo Ferreira da Silva, Emmanuella Lins Souza Barbosa, André Arraes Parente, Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho

255 ADOECIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E DO DIREITO DO TRABALHO EM GOIANA-PE
Danilo Gustavo dos Santos Souza, Hellen Viana Matias

267 FORMAÇÃO EM TERAPIA FLORAL DE BACH NO SUS: UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PERNAMBUCO
Virgínia Maria Holanda de Moura, Karina Catanho de Oliveira, Alexciane Priscila da Silva, Raquel Neposiano da Silva, Rogelia Herculano Pinto

277 DO VERSUS RECIFE À CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA ESTADUAL: EXPERIÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES ANTIDISCRIMINATÓRIAS NO SUS DE ALAGOAS
Joanna Beatriz de Oliveira Silva, Luciano da Silva Medeiros Junior

287 DESAFIOS NO ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO AGRESTE PERNAMBUCANO
Glebson Costa Alves, Melba Santiago Menezes, Robson Cruz Ramos da Silva, Leonardo de Barros Lopes, Vitor Nascimento Goes

295 GUIA PARA INCLUSÃO DE AÇÕES VOLTADAS ÀS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS E TRANSVERSAIS DE PERNAMBUCO
Alexciane Priscila da Silva, Erik Tavares Gonçalves, Amanda Maria Antônia da Silva, Jamerson de Souza Marinho

303 SAÚDE QUILOMBOLA EM PERNAMBUCO: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DIRETRIZES PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E VALORIZAÇÃO DOS SABERES TRADICIONAIS
Jamerson de Souza Marinho, Amanda Maria Antônia da Silva, Alexciane Priscila da Silva, Maria Deisiane de Souza, Leonardo de Barros Lopes

311 TRIAGEM DIGITAL DE DISFAGIA NA FASE AGUDA DO AVC: EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO CONDUZIDA POR ENFERMEIROS EM UNIDADE REGIONAL DO SERTÃO DE PERNAMBUCO
Américo Danúzio Pereira de Oliveira, Deise Mayara Lima Martins, Isabella Bezerra Ramos, Jayna Epaminondas Rodrigues, Mauriciana Pereira Ferreira

317 QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O CUIDADO INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+: EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VI GERES
Raquel Neposiano da Silva, Ana Cristiane Carvalho Santos, Édio Souza Silva Filho

323 VER-SUS E A FORMAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA INTERIORIZAÇÃO DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
Giovanna Maria Vasconcelos Dias Moura

331 CONSOLIDAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR DE PERNAMBUCO E SUA CONTRIBUIÇÃO À SAÚDE PÚBLICA
Gisele Almeida de Noronha, Rayane Souza de Andrade Azevedo, Maria Auxiliadora Vieira Caldas Sivini, Betizaide Gomes da Rocha, Bárbara Morgana da Silva

343 ARTICULAÇÃO ENTRE GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS EM ITAMARACÁ (PE)
Robson Cruz Ramos da Silva, Glebson Costa Alves, Melba Santiago Menezes, Vitor Nascimento Goes

351 EDUCAÇÃO PARA A VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS DA OPERAÇÃO LEI SECA EM PERNAMBUCO
Jackeline Maria Tavares Diniz, Zilda do Rego Cavalcanti

371 A PLACENTA COMO ÁRVORE DA VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM UMA MATERNIDADE DA IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
Luciana Cristiane Santos Mandu, Jaqueline Cordeiros Lopes, Ana Claudia Silva Bezerra, Larissa Michelle Tenório de Vasconcelos, Silvana Cavalcanti dos Santos

381 INTEGRAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NA III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
Ananda Sabrina Ramos Nunes, Mauriciana Pereira Ferreira, Isabella Bezerra Ramos, Carolina Ribeiro Carrascoso, Marcione Gomes de Carvalho

389 GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: HUDDLE SETORIAL DIÁRIO, INDICADORES SOCIOASSISTENCIAIS NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E OS ELOS DE CONEXÃO PARA UM CUIDADO INTEGRAL NO SUS
Andrezza Gonçalves de Sousa, Larissa Keyla Ferreira Canel, Maria Magaly Colares de Moura Alencar, Julyana da Costa Reis Oliveira Iwanaga, Josigles Araújo de Oliveira Júnior

397 ARTICULAÇÃO E ACOLHIMENTO NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO NO AMBULATÓRIO LGBTQIAPN+
Daniele Saara dos Santos de Lima, Bianca Larissa Marques dos Santos, Glebson Costa Alves, Andressa Joyce Pereira Bispo, Igor Morgano Miguel dos Santos

405 SABERES ANCESTRAIS E CUIDADO NO SUS: VIVÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA NA I FEIRA DE SAÚDE EM TERREIRO NO RECIFE
Mayara Figueira Souto, Aline de Oliveira Cordeiro, Maria Marcella Baltar dos Santos de Oliveira, Keren-Hapuque Costa Xavier Lins, Roberta Corrêa de Araujo de Amorim

415 ENTRE O CUIDADO E O BURNOUT DA MÃE ATÍPICA: A TELEPSIQUIATRIA ENQUANTO RECURSO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS NEURODIVERGENTES
Maria Gabriela Amorim da Silva, Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro, Bruno de Sá Concerva, Moara Maria Silva Cardozo, Adrianne de Carvalho Lira

425 CONFLITO ENTRE A PRESERVAÇÃO DO TERRITÓRIO QUILOMBOLA E A EXPANSÃO IMOBILIÁRIA URBANA: RESISTÊNCIA DA COMUNIDADE DO CASTAINHO EM PERNAMBUCO
Miqueline Correia de Melo, Sidrielly Cecília Clarice de Assunção, Rodrigo Sales Queiroz

02
ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS TRANSVERSAIS



01 ATUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO ESTADUAL EM PERNAMBUCO(PE) DURANTE A PANDEMIA

Maria Nataly Ferreira dos Santos
Petrônio José de Lima Martelli
Diogenes Ferreira dos Passos
Thaís Bezerra dos Santos Pereira

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap1

RESUMO

O controle social do SUS representa a participação popular no âmbito da gestão pública, através da utilização de meios e instrumentos que denotam poder a população no processo de planejamento, fiscalização, análise e avaliação das ações e serviços do sistema de saúde em sua realidade local. O objetivo deste estudo é analisar a atuação do controle social no estado de Pernambuco durante a pandemia da Covid-19, no período de 2020 a 2023. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa com base em um estudo ecológico longitudinal. Os dados foram secundários e extraídos do portal do Conselho Estadual de Pernambuco e da Secretaria Estadual de Saúde (SES), incluindo notas, recomendações e atas de reuniões. Os resultados indicam que o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) teve um papel relevante durante

a pandemia, com destaque para três ações: apoio ao lockdown, repúdio ao uso de medicamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, e denúncias sobre o uso inadequado de equipamentos de proteção individual (EPI) em hospitais e unidades de saúde de Recife. Conclui-se que, apesar dos desafios impostos pela pandemia, o controle social em Pernambuco foi eficaz na implementação de medidas de enfrentamento à Covid-19.

Palavras-chave: Covid-19, Controle social, Conselhos de saúde, Pandemias

INTRODUÇÃO

Um dos principais marcos históricos na defesa e participação comunitária a nível internacional ocorreu em 1978, através da Conferência de Alma Ata, que explicitou a necessidade de deliberações que implementassem e aplicassem o princípio da participação social no processo de gestão em saúde. No Brasil, essa questão evidenciou-se através de intensas lutas democráticas envolvendo diversos atores sociais que integraram o que ficou conhecido como Movimento pela Reforma Sanitária em 1970. Alguns anos depois, em 1986 através da VIII Conferência Nacional de Saúde, discutiu-se o direito à saúde e a necessidade de criação de um modelo universal ancorado na participação social[1].

Nesse sentido, a participação social tornou-se uma diretriz preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal de 1988, sendo regulamentada e organizada pela Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 1990 que estabeleceu instâncias para essa participação (as Conferências e os Conselhos de Saúde), determinando as maneiras de organização e composição de seus participantes. Dessa forma, institucionalizaram-se a participação no SUS por meio de conselhos e conferências, criando canais permanentes de atuação democrática para usuários, gestores e trabalhadores[2].

A expressão "controle social" no Brasil pode ser conceituado de diferentes maneiras dependendo do momento histórico. No período da ditadura, esse termo caracterizava-se pelo controle do Estado sobre a sociedade, inviabilizando qualquer tipo de expressão populacional; se levado em consideração o período posterior ao Movimento da Reforma Sanitária, esse termo passa a ser compreendido como uma prática de cogestão pública da sociedade através de seus representantes e ações estatais. De maneira geral, o controle social representa uma conquista da sociedade brasileira no estabelecimento de práticas democráticas e descentralizadas, construído mediante uma ativa cultura democrática que rompe as práticas hegemônicas de poder e autoritarismo, desencadeando um movimento que reforça a corresponsabilidade entre os distintos sujeitos sociais[3].

Exercido principalmente através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e pelas conferências regulares no âmbito de todos os entes estatais, o controle social do SUS representa a participação popular no âmbito da gestão pública, através da utilização de meios e instrumentos que denotam poder à população no processo de planejamento, fiscalização, análise e avaliação das ações e serviços do sistema de saúde em sua realidade local. Esse controle coletivo frente ao Estado, representa uma estratégia de democratização e intermediação estabelecida entre as entidades estatais e a sociedade civil, viabilizando a mobilização de espaços de representação social, negociação e interlocução[4].

A pandemia de Covid-19, causada pelo vírus Sars-CoV2, foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, sendo considerada uma das maiores crises sanitárias no mundo. No Brasil, o primeiro caso da doença foi notificado em fevereiro de 2020 e sendo um país em desenvolvimento que enfrenta questões sérias relacionadas a um sistema de saúde sobrecarregado, a pandemia de Covid-19 representou um desafio adicional com repercussões econômicas, ocupacionais e psicossociais[5]. Ademais, para os brasileiros, o fenômeno da pandemia de

Covid-19 ocorreu em meio a um período de crise política, marcada por uma série de contrarreformas e desmontes das políticas públicas, podendo-se exemplificar a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos com políticas sociais por 20 anos e/ou o enfraquecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do controle social, mediante a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, sendo observado um desinvestimento no SUS[6].

Nesse período crítico, observou-se, em escala global, um cenário de intensa desinformação, cujas consequências foram amplamente negativas para a saúde pública. No Brasil, sob a influência de um governo alinhado à extrema direita, verificou-se a disseminação sistemática de discursos e orientações que contrapunham as recomendações científicas e as diretrizes emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tais narrativas minimizaram a gravidade da pandemia, desestimularam a adoção do isolamento social, relativizaram o uso de máscaras como barreira sanitária e promoveram hesitação vacinal, retardando significativamente a adesão às campanhas de imunização[7].

Com o objetivo de analisar a atuação do controle social no estado de Pernambuco durante a pandemia, o presente estudo se insere entre aqueles que buscam construir um diagnóstico sobre a relação entre a Covid-19 e o controle social, a fim de compreender as mudanças nas dinâmicas, pautas e estratégias de suas instâncias. Espera-se, assim, questionar o funcionamento dos Conselhos de Saúde no contexto pandêmico, avaliar como os desafios organizacionais foram enfrentados e analisar se as pautas gerais de defesa do SUS, bem como as demandas específicas geradas pela pandemia de Covid-19, foram adequadamente atendidas.

MÉTODOS

A metodologia qualitativa trabalha com um conjunto de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social[8], no contexto onde ocorrem e do qual fazem parte[9]. Assim, temos um conjunto de pressupostos teóricos que fundamentam a escolha dos métodos,

os quais são usados para coletar, analisar e processar os dados, além de entender determinados fenômenos ou situações. Dentre os métodos qualitativos de pesquisa, o presente trabalho caracteriza-se como um estudo ecológico longitudinal que analisa a atuação do controle social no âmbito do estado de Pernambuco (PE) durante o período pandêmico. Uma vez que essa forma de estudo se utiliza uma situação de saúde (doença ou comorbidade) e a exposição de interesse entre grupos de pessoas (países, regiões ou municípios) para analisar a possível existência de associação entre eles[10].

Assim, é importante ressaltar a finalidade do estudo em construir uma análise crítica de como se deu a atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES) de Pernambuco e sua relação com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), além de identificar ações favoráveis e desfavoráveis durante a pandemia de Covid-19. Ademais, no que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão, para critério de diagnóstico, serão aproveitadas todas as manifestações do controle social referente ao CES durante a pandemia no estado de Pernambuco (PE). E, quanto às considerações éticas, por se tratar da manipulação de dados secundários e de acesso público, disponibilizados pelo CES e pela SES, não houve necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Ressalta-se que a busca pelos dados encontrou algumas adversidades devido à falta de atualização do site da CES/PE durante o período da pesquisa (Setembro de 2023 a Agosto de 2024).

RESULTADOS

Publicações e temporalidade das manifestações do CES/PE

Ao longo dos três primeiros anos da pandemia de Covid-19 (2020–2022), constatou-se que 100% das notas de posicionamento emitidas pelo CES/PE entre 2020 e 2023 foram publicadas nos dois primeiros anos do período analisado. Esta distribuição temporal concentra a produção documental do Conselho no início da emer-

gência sanitária. Em relação aos atos institucionais (atas e resumos de reuniões ordinárias), 80% dos documentos foram publicados no primeiro ano de pandemia (2020), indicando intensa atividade deliberativa e/ou registral no primeiro ano da crise.

Posicionamento sobre medidas de distanciamento social ("lockdown")

O CES/PE aprovou, em votação virtual, o primeiro documento formal de posicionamento em 8 de maio de 2020, expressando defesa do lockdown como medida de proteção coletiva para mitigação da disseminação viral.Observou-se que esse posicionamento ocorreu em momento anterior ao registro de um marco epidemiológico citado no material original (dados locais apresentados pelo CES/PE), o que evidencia postura proativa do Conselho frente ao cenário incipiente.

Posicionamento quanto ao uso da cloroquina e hidroxicloroquina

Mesmo após a publicação de orientação do Ministério da Saúde autorizando o uso de cloroquina/hidroxicloroquina em contexto de tratamento precoce (documento federal citado de maio de 2020), o CES/PE manteve posição contrária e alinhada ao Conselho Nacional de Saúde. A primeira manifestação formal contra o uso desses fármacos foi registrada durante a 517ª Reunião Ordinária do CES/PE, na qual se reforçou a ausência de evidência científica robusta que justificasse sua adoção de rotina.

Relação institucional entre CES/PE e Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE)

O CES/PE solicitou informações à SES/PE sobre o processo de retorno dos serviços de saúde e propôs recomendações relacionadas ao plano de flexibilização das atividades assistenciais. Contudo, as cobranças e o diálogo formal entre o Conselho e a Secretaria não foram realizados com a frequência desejável durante o período pandêmico, conforme registro documental.

Atuação fiscalizatória

Durante a emergência sanitária, o CES/PE atuou no exercício de funções fiscalizatórias, registrando denúncias e comunicando irregularidades — por exemplo, a denúncia de uso de EPIs impróprios em unidades de saúde, relatada na 520ª reunião ordinária. Essas ações fiscalizatórias foram documentadas e encaminhadas como forma de responsabilização e visibilidade das falhas observadas nos pontos de atenção.

Enfraquecimento da participação social e desafios de representatividade

Verificou-se um enfraquecimento da atuação dos Conselhos de Saúde, decorrente de fatores estruturais e conjunturais: impossibilidade de realização de reuniões presenciais e exclusão digital de parcela significativa dos conselheiros do segmento de usuários, que não dispunham de acesso adequado à internet. Observou-se, ainda, a criação de comitês e comissões de crise estaduais e municipais com composições majoritariamente voltadas para setores produtivos e empresariais, reduzindo a representatividade popular e a centralidade dos Conselhos nos processos decisórios

DISCUSSÃO

A concentração das publicações e dos atos institucionais do CES/PE nos primeiros meses/anos da pandemia indica uma resposta institucional rápida e intensa perante a emergência. Tal comportamento é compatível com órgãos de controle social que assumem papel propositivo ao identificar riscos sistêmicos. Entretanto, a centralização da produção documental no período inicial também pode refletir limitações posteriores de atuação — por exemplo, redução de frequência de reuniões, desgaste institucional ou dificuldades logísticas para manter a participação ativa.

Apesar dos esforços de diversas entidades científicas no país em demonstrar como as políticas de distanciamento social pode-

riam ser instrumentos eficazes para o achatamento da curva epidêmica, movimentos contrários ao lockdown ainda assim se disseminaram por todo o território nacional. No Estado de Pernambuco, não foi diferente. Movidos por ideias negacionistas e incentivadas pelo chefe de Estado e de governo da República, vários civis e também políticos foram contra as políticas de distanciamento social. Esse contexto evidencia a desvalorização das informações epidemiológicas e científicas, agravando a confluência de violações à gestão participativa e descentralizada. Dessa maneira, observa-se que a Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 é infligida. Uma vez que segunda essa legislação, a construção de diretrizes deve buscar a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. No entanto, o que foi constatado pelos estudiosos e testemunhado pela população foi a relativização das medidas de distanciamento social, mesmo diante da ascensão da curva epidemiológica[11].

Lockdown pode ser entendido como uma medida de distanciamento social mais rigorosa, envolvendo suspensão de atividades não essenciais, restrição de circulação e fechamento de setores específicos, com o objetivo de reduzir a transmissão comunitária do vírus e ganhar tempo para reorganização dos serviços de saúde[12,13]. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e do controle social, apoiar o lockdown significa endossar políticas públicas baseadas em intervenções não farmacológicas, reconhecidas internacionalmente como eficazes para conter surtos epidêmicos[13,14].

A análise dos documentos do CES/PE demonstra que o conselho assumiu posição propositiva ao recomendar medidas restritivas ainda no início da pandemia, mesmo antes do primeiro caso confirmado no estado, o que revela uma atuação orientada por evidências e alinhada às recomendações de organismos nacionais e internacionais. Entretanto, a demora das autoridades estaduais para decretar oficialmente o confinamento — apenas em 18 de março de 2020 — expõe uma dissonância entre o controle social e o poder executivo, o que pode ter contribuído para maior dis-

seminação viral naquele período. Tal desalinhamento evidencia a necessidade de maior sinergia entre conselhos de saúde e gestores públicos, sobretudo em contextos de crise, para que decisões sejam tomadas de forma tempestiva e fundamentadas em dados epidemiológicos.

O posicionamento do CES/PE contra o uso generalizado de cloroquina/hidroxicloroquina reflete uma postura baseada em avaliação crítica da evidência científica e na precaução frente a intervenções sem comprovação de eficácia. Contudo, é importante entender como esse episódio de dissonância entre as instâncias de saúde, representa, infelizmente, o cenário da saúde pública durante grande parte da pandemia. Uma vez que as recomendações formais em relação ao protocolo de cloroquina publicada pelo Conselho Nacional de Saúde, a maior instância de controle social do SUS, foram totalmente ignoradas pelo alto escalão do Ministério da Saúde. Esse cenário evidencia como de fato, ocorreu um grande incentivo a 'desestruturação' do SUS, durante a pandemia. Além disso, a história nos alerta sobre os riscos de se utilizar a medicalização como único caminho para saúde pública, uma prática que contraria os princípios e perspectivas construídas desde a Reforma Sanitária até a institucionalização do SUS[11].

Entre as funções do controle social previstas na Lei 8.142/1990 está a responsabilidade de promover a articulação entre os diferentes setores ligados direta ou indiretamente à saúde, o que inclui a criação de comissões intersetoriais de assessoria técnica[15]. Nesse sentido, quando o CES/PE solicita à SES informações sobre o retorno dos serviços de saúde e apresenta recomendações frente aos planos de flexibilização, evidencia-se um exercício efetivo de suas atribuições, funcionando como um ator propositivo no processo de tomada de decisão.

No entanto, os dados indicam que tais interações foram pontuais e não sistemáticas ao longo do período pandêmico, o que revela fragilidades na comunicação institucional e limita a influência do conselho na formulação de políticas de saúde. Esse cenário deve

ser problematizado, pois, em um contexto de crise sanitária e de divergências entre as esferas estadual e federal, seria esperado que os conselheiros intensificassem sua atuação, buscando maior regularidade nas cobranças, recomendações e diálogos intersetoriais. A ausência de uma articulação mais consistente contribuiu para reduzir o potencial do controle social como espaço de fiscalização e de orientação das políticas públicas, comprometendo sua função de representar os interesses da população e de garantir decisões mais participativas e baseadas em evidências.

Devido ao cenário emergencial desencadeado pela Covid-19, o Estado de Pernambuco precisou adotar medidas emergenciais para conter a propagação do vírus. Em virtude desse cenário, tornou-se necessário comprar materiais, equipamentos e até serviços na rede privada de saúde[16]. E é diante desse tipo de contexto, que a emancipação dos Conselhos de Saúde se revela essencial para viabilizar e fortalecer o exercício fiscalizatório das prestações de contas. Uma vez que dentre todos os inúmeros papéis que os Conselhos Estaduais assumem diante da sociedade, a atribuição de 'agente fiscalizatório', em certos momentos, é sem dúvidas um dos mais relevantes[17].

Denúncias sobre EPIs impróprias e más condições de proteção dos trabalhadores apontam para riscos ocupacionais que podem explicar maior incidência de infecções entre profissionais de saúde[18]. A documentação dessas denúncias em atas e relatórios contribui para a responsabilização administrativa e para a formulação de medidas corretivas.

Apesar das inúmeras vantagens proporcionadas pelo uso das tecnologias no processo de participação social, é necessário ressaltar que existe um percentual significativo de conselheiros do segmento de usuários que não possui acesso à internet, tanto em casa, como em seu ambiente de trabalho. Essa realidade evidencia a profunda desigualdade na inclusão digital existente no território nacional e demonstra que até controle social é antigo por essa carência de cobertura digital, o que pode comprometer a efetividade

da participação social via plataformas virtuais. Assim, a dependência de plataformas virtuais, sem políticas de inclusão digital, foi responsável pela exclusão de usuários e segmentos populares da participação nos conselhos, fragilizando a representatividade e a legitimidade dos processos deliberativos. Nesse sentido, tal cenário evidencia a relevância de detectar e mitigar os desafios encontrados no contexto pandêmico, especialmente aqueles que influenciam o exercício do controle social, considerando as carências e diferenças territoriais no que diz respeito à tecnologia[3].

A formação de comitês de crise com predominância de representantes do setor produtivo e empresarial[19], em detrimento da participação popular, tende a deslocar o foco das políticas para interesses econômicos e operacionais, reduzindo espaços de controle social. Esta dinâmica pode fortalecer a tomada de decisão executiva e enfraquecer mecanismos deliberativos previstos na legislação sanitária.

CONCLUSÃO

A pandemia de Covid-19 expôs de forma incontestável a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS) como pilar fundamental para a proteção coletiva e a garantia do direito à saúde no Brasil. O período pandêmico reafirmou a importância de suas diretrizes constitucionais — universalidade, integralidade, equidade e participação social — como conquistas históricas que sustentam a resposta do país frente a emergências sanitárias. A participação social, igualmente valorizada no contexto pandêmico, mostrou-se essencial para garantir que ações e recursos sejam direcionados ao bem comum, assegurando a efetividade do controle social.

Diante desse cenário, os resultados deste estudo indicam que o controle social em Pernambuco, por meio do Conselho Estadual de Saúde (CES/PE), teve atuação satisfatória no enfrentamento da pandemia, apesar dos obstáculos impostos por um cenário de crise global e de tensões políticas em âmbito nacional e estadual,implementando ações importantes no enfrentamento da Covid-19 e suas

repercussões no estado. Entre essas ações, destacam-se: o apoio às medidas de lockdown como forma de contenção da transmissão viral, o posicionamento contrário ao uso de medicamentos sem comprovação científica, como a cloroquina, e a denúncia de falhas relacionadas ao fornecimento e uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) nos serviços de saúde de Recife.

Entretanto, é imprescindível ressaltar que também ocorreram falhas na atuação do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE), uma vez que estávamos diante de uma crise sanitária de proporções globais. Entre as deficiências observadas, pode-se mencionar a relação limitada entre o CES/PE e a Secretaria de Saúde, quando se esperava uma maior integração entre os órgãos responsáveis pela saúde pública no estado. Outro aspecto negativo foi a forma como as informações foram disponibilizadas à população, já que a maioria dos posicionamentos e notas de recomendação foi emitida majoritariamente no início da pandemia, gerando um certo "desamparo" nos anos subsequentes. Além disso, algumas abas destinadas à divulgação de informações normativas e técnico-políticas permaneceram desatualizadas.

Ainda assim, a atuação dos conselhos de saúde deve ser consolidada como uma ferramenta essencial para os processos decisórios no SUS. É necessário, contudo, que essas instâncias se adaptem às novas tecnologias e desenvolvam formas inovadoras de atuação. Uma gestão eficiente do controle social, em todas as suas esferas, é fundamental para o fortalecimento do sistema de saúde, beneficiando diretamente os usuários. Dessa forma, diversas adaptações e estudos são necessários para garantir que esse princípio continue a orientar as ações de saúde pública, assegurando que a participação social seja propositiva e eficaz no cumprimento de seus objetivos dentro da sociedade.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Gomes JF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saude Debate. 2021;45(131):1199-1213. doi:10.1590/0103-1104202113118.
2. Araújo BO, Nascimento MAA, Araújo MO, Juliano IA. Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito. Rev Eletr Acervo Saude. 2023;23(7):e12746. doi:10.25248/REAS.e12746.2023.
3. Gomes JF, Orfão NH. Controle social na gestão do SUS: aspectos estruturais, organizativos e estratégicos. Res Soc Dev. 2022;11(3):e49911326843. doi:10.33448/rsd-v11i3.26843.
4. Barbosa LC, Silva DR. Controle social na saúde: a visão de representantes de usuários/as do sistema. Interfaces Cient Hum Soc. 2024;12(2):101-113. doi:10.17564/2316-3801.2024v12n2p101-113.
5. Alves LIN, Siqueira GR, Santos GS, Soares ARS, Souza AIG, Dantas DS, et al. Condições de trabalho e saúde de profissionais da linha de frente na pandemia de covid-19. Saude Debate. 2024;48(141):e8791. doi:10.1590/2358-289820241418791p.
6. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FG, Jandoso B, Rodrigues CRC, Campos GWS. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. Cien Saude Colet. 2023;28(12):3553-3562. doi:10.1590/1413-812320232812.06342023.
7. Miskolci R. Muito além do negacionismo: desinformação durante a pandemia de Covid-19. Sociologias. 2023;25:e123090. doi:10.1590/18070337-123090.
8. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 9-29.
9. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. La investigación documental sobre la investigación cualitativa: conceptos y caracterización. Rev Investig UNAD. 2015;14(2):55-73. doi:10.22490/25391887.1455.
10. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saude. 2003;12(4):189-201.

11. Souza DO. A militarização do Ministério da Saúde no Brasil: passos rumo ao retrocesso em plena pandemia. Rev Urug Cienc Polit. 2020;29(2):33-54.

12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lockdown: CNS defende distanciamento social mais rigoroso diante do momento mais grave da pandemia [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2021 [cited 2026 Jun 16]. Available from: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/marco/lockdown-cns-defende-distanciamento-social-mais-rigoroso-diante-do-momento-mais-grave-da-pandemia

13. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico nº 8: doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

14. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. Stockholm: ECDC; 2020.

15. Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saude Debate. 2013;37(96):139-147.

16. Duarte Junior JRS. Análise do controle social na atualidade: seu discreto exercício pela sociedade e os caminhos para sua plena efetivação [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2021.

17. Pernambuco. Conselho Estadual de Saúde. Regimento interno do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife: Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco; 2012.

18. Albuquerque MFPM, Souza WV, Montarroyos UR, Pereira CR, Braga C, Araújo TVB, et al. Risk of SARS-CoV-2 infection among front-line healthcare workers in Northeast Brazil: a respondent-driven sampling approach. BMJ Open. 2022;12(6):e058369. doi:10.1136/bmjopen-2021-058369.

19. Costa JRC, Alves SMC, Delduque MC, Souza MS. O Conselho Nacional de Saúde na pandemia de Covid-19: análise dos atos normativos e não normativos entre 2020 e 2022. Saude Debate. 2023;47(139):830-843. doi:10.1590/0103-1104202313908.

UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NA SAÚDE BUCAL: A EXPANSÃO DAS UNIDADES ODONTOLÓGICAS MÓVEIS EM TERRITÓRIOS VULNERABILIZADOS

Vitor Nascimento Goes[1,2]
Melba Santiago Menezes[2]
Leonardo de Barros Lopes[2]
Glebson Costa Alves[3]
Robson Cruz Ramos da Silva[4]

[1]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap2

RESUMO

A busca pela universalidade e pela equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia desafios relacionados ao acesso à saúde por populações em situação de vulnerabilidade social, econômica e territorial, especialmente Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs). Nesse contexto, as Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) configuram-se como importante estratégia para ampliação da assistência em saúde bucal em territórios de difícil acesso. O presente estudo teve como objetivo analisar a distribuição das UOMs no estado de Pernambuco e sua relação

com territórios que concentram populações vulnerabilizadas, incluindo comunidades indígenas, quilombolas e demais PCTs. Como metodologia, realizou-se levantamento de informações junto ao setor de Saúde Bucal sobre municípios pernambucanos que possuem UOMs em funcionamento ou aprovadas no âmbito do SUS, seguido do cruzamento desses dados com informações territoriais relacionadas à presença de PCTs no estado. Os resultados demonstraram importante ampliação da assistência odontológica móvel em Pernambuco, especialmente por meio das ações do Novo PAC, contemplando municípios distribuídos em diferentes regiões do estado. Também foi identificada significativa participação das gestões municipais na aquisição de UOMs com recursos próprios, evidenciando fortalecimento das estratégias descentralizadas de cuidado. Conclui-se que as UOMs contribuem para redução das desigualdades no acesso à saúde bucal, fortalecendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, além de promover cuidado mais humanizado e próximo das realidades socioculturais das populações atendidas.

Palavras-chave: Saúde bucal, Equidade em saúde, Acesso aos serviços de saúde, Sistema Único de Saúde, Populações vulneráveis

INTRODUÇÃO

A busca pela universalidade e pela equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro evidencia um cenário marcado por profundas desigualdades, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade social, econômica e territorial. Nesse contexto, a equidade configura-se como um dos principais desafios para a consolidação do SUS, uma vez que pressupõe a destinação prioritária de recursos e ações para grupos historicamente marginalizados, considerando suas diferentes necessidades e condições de vida[1]. As populações indígenas brasileiras,

apesar de contempladas por políticas públicas específicas, ainda enfrentam limitações no acesso a investimentos hospitalares, serviços especializados e ações contínuas de cuidado, refletindo em indicadores de saúde menos favoráveis. Essa realidade reforça a necessidade do fortalecimento dos princípios da universalidade, assegurando o acesso à saúde para todos, e da integralidade, por meio da articulação entre ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, respeitando as especificidades culturais, sociais e epidemiológicas desses povos[2].

Nessa perspectiva, as discussões relacionadas aos povos indígenas e às comunidades tradicionais vêm ganhando maior destaque nos cenários nacional e internacional, ampliando a produção científica acerca de suas especificidades socioculturais e das políticas assistenciais destinadas a esses grupos. Os Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) representam grupos culturalmente diferenciados, que possuem formas próprias de organização social e utilizam os territórios como condição essencial para sua reprodução cultural e econômica[3]. Em Pernambuco, essa discussão torna-se ainda mais relevante diante da diversidade de PCTs presentes no estado. Atualmente, o Brasil reconhece oficialmente 28 segmentos de PCTs, distribuídos em todos os biomas brasileiros. Em Pernambuco, esses grupos ocupam diferentes contextos territoriais, desde áreas rurais e sertanejas até regiões litorâneas e urbanas, contribuindo significativamente para a preservação ambiental, manutenção de saberes tradicionais e diversidade cultural do estado, ao mesmo tempo em que enfrentam desafios relacionados ao reconhecimento de seus direitos territoriais, ao acesso às políticas públicas e à garantia da atenção integral à saúde.

Apesar de sua relevância histórica, cultural e ambiental, muitos PCTs permanecem invisibilizados nas narrativas contemporâneas. Entre esses grupos, destacam-se os cipozeiros, que vivem em áreas florestais dedicados ao artesanato e ao manejo sustentável dos recursos naturais, e os geraizeiros, presentes

no Cerrado mineiro, que resistem aos impactos do avanço do agronegócio sobre seus territórios e modos de vida[4]. Também se inserem nesse contexto os retireiros do Araguaia e os vazanteiros, cujas formas de existência são profundamente influenciadas pelos ciclos dos rios, das matas e das vazantes[5]. Além desses grupos, os povos quilombolas vivenciam importantes recortes de vulnerabilidade social, territorial e em saúde, marcados por dificuldades no acesso aos serviços públicos, insegurança territorial, racismo estrutural e maiores impactos dos determinantes sociais da saúde[6]. Essas condições contribuem diretamente para desigualdades relacionadas ao acesso ao cuidado em saúde, à alimentação adequada, ao saneamento básico e à qualidade de vida.

Nesse contexto, muitos desses povos vivem em territórios de difícil acesso, condição que representa um dos principais desafios para a garantia da atenção à saúde e contribui para processos de exclusão sistemática dessas populações. Barreiras geográficas, como longas distâncias, dificuldades de deslocamento e limitações na oferta de transporte e infraestrutura, associadas à escassez de unidades fixas de atendimento, dificultam o acesso aos serviços básicos de saúde. Somam-se a isso situações persistentes de discriminação e vulnerabilidade social, que agravam ainda mais as iniquidades vivenciadas por esses grupos[7]. Diante desse cenário, o Governo Federal desenvolveu estratégias como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Programa Brasil Quilombola, com o objetivo de enfrentar desigualdades no âmbito do SUS e fortalecer a promoção de um cuidado integral e equitativo. Entretanto, a complexidade dessas demandas evidencia a necessidade de ações que ultrapassem os limites das unidades fixas de saúde, articulando políticas públicas, estratégias intersetoriais e suportes logísticos capazes de alcançar efetivamente os territórios dessas comunidades[8,9].

No âmbito da saúde pública, essa necessidade torna-se ainda mais evidente na atenção à saúde bucal, considerando que o acesso aos serviços odontológicos permanece como um importante desafio para populações em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas residentes em áreas rurais, territórios tradicionais e regiões de difícil acesso. Nesse cenário, a Unidade Odontológica Móvel (UOM) destaca-se como uma importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando o acesso aos serviços de saúde bucal por meio de uma estrutura equipada com consultório odontológico, aparelho de raio-x e autoclave, possibilitando a realização de atendimentos diretamente nos territórios. Dessa forma, a UOM fortalece os princípios da universalidade, integralidade e equidade ao aproximar os serviços das comunidades historicamente desassistidas, reduzindo desigualdades no acesso e promovendo atenção em saúde de maneira mais resolutiva e humanizada[10].

METODOLOGIA

Este trabalho é um relato de experiência que consiste em um diagnóstico situacional de caráter descritivo, realizado com o objetivo de identificar a distribuição das Unidades UOMs nos municípios do estado de Pernambuco e sua relação com os PCTs, visando subsidiar estratégias de ampliação do acesso à atenção em saúde bucal para populações em situação de vulnerabilidade social e territorial.

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta a planilhas e documentos institucionais disponibilizados pela Coordenação Estadual de Saúde Bucal e pela Coordenação Estadual de Povos e Comunidades Tradicionais da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Foram levantadas informações referentes aos municípios que possuíam Unidade Odontológica Móvel em funcionamento ou que haviam sido contemplados com aprovação para recebimento desse equipamento no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Posteriormente, procedeu-se ao cruzamento das informações relativas à localização das UOMs com os dados territoriais referentes à presença de Povos e Comunidades Tradicionais nos municípios pernambucanos. Foram considerados todos os segmentos de PCTs identificados nas bases consultadas, respeitando as especificidades territoriais de cada município analisado.

Como critério de inclusão, foram selecionados os municípios que apresentavam, simultaneamente, registro de Unidade Odontológica Móvel e presença de Povos e Comunidades Tradicionais em seus territórios. A análise contemplou a identificação dos grupos populacionais existentes em cada localidade, bem como a distribuição territorial das UOMs em relação às áreas com potencial demanda por ações de saúde bucal.

Os dados foram organizados e analisados de forma descritiva, mediante comparação das informações obtidas nas bases institucionais, permitindo identificar convergências, lacunas e oportunidades para fortalecimento da assistência odontológica às populações tradicionais. A partir dos resultados, buscou-se subsidiar o planejamento de ações intersetoriais entre as áreas técnicas da Saúde Bucal e da Política de Equidade em Saúde, contribuindo para a formulação de estratégias voltadas à ampliação do acesso aos serviços odontológicos, em consonância com os princípios da universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde.

RESULTADOS

Os dados levantados evidenciam uma importante ampliação da estratégia de assistência odontológica móvel em Pernambuco, especialmente a partir das ações vinculadas ao Novo PAC. Na Fase 1 do programa, foram contemplados 33 municípios pernambucanos com UOMs (Figura 1).

Figura 1. Municípios com Unidade Odontológica Móvel e presença de Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) identificados em Pernambuco.

Município	Quilombolas	Povos Indígenas	Povos Ciganos	Povos das Águas	N° de grupos de PCTs
Granito	–	–	✓	–	1
Bodocó	–	–	✓	✓	2
Carnaubeira da Penha	✓	✓	✓	–	3
Belém de São Francisco	✓	✓	✓	✓	4
Ribeirão	–	–	✓	–	1
Moreno	–	–	✓	✓	2
Gravatá	✓	–	✓	–	2
Agrestina	✓	–	✓	–	2
Igarassu	✓	–	✓	✓	3
Caruaru	✓	–	✓	–	2
Panelas	✓	–	✓	✓	3
Lagoa Grande	✓	–	✓	✓	3
Serrita	–	–	✓	✓	2
Petrolina	✓	–	✓	✓	3
Gameleira	✓	–	✓	✓	3
Glória do Goitá	✓	–	✓	–	2
Paulista	✓	–	✓	✓	3
Olinda	✓	–	✓	✓	3
Petrolândia	✓	✓	✓	✓	4
Betânia	✓	–	–	–	1
Abreu e Lima	–	–	✓	✓	2
Chã de Alegria	✓	✓	✓	–	3
Jaboatão dos Guararapes	✓	–	✓	✓	3
Ipojuca	✓	–	–	✓	2
Machados	–	–	✓	–	1
Carnaíba	✓	–	–	–	1
Vitória de Santo Antão	✓	–	–	–	1
Exu	✓	–	✓	–	2
Garanhuns	✓	–	✓	–	2
Águas Belas	✓	✓	✓	✓	4
Itaíba	✓	✓	✓	–	3
Timbaúba	–	–	✓	–	1
Tabira	–	–	✓	–	1
Catende	–	–	✓	–	1
Amaraji	–	–	✓	–	1

Fonte: Elaborado pelos autores. Fonte: Elaboração própria.

Esses resultados demonstram a expansão da cobertura assistencial em saúde bucal, fortalecendo a rede de atenção em municípios com diferentes contextos territoriais e sociais.

Observou-se ainda a continuidade dessa expansão por meio do Novo PAC – Fase 2, que prevê a implantação de UOMs em mais 18 municípios pernambucanos (Figura 2).

Figura 2. Presença de Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) nos municípios selecionados de Pernambuco.

Município	Quilombolas	Povos Indígenas	Povos Ciganos	Povos das Águas	Nº de grupos de PCTs
Santa Terezinha	✓	–	–	–	1
Palmares	✓	–	✓	–	2
Tabira	–	–	✓	–	1
Buíque	✓	✓	✓	–	3
Cachoeirinha	✓	–	✓	–	2
Granito	–	–	✓	–	1
São José do Egito	✓	–	–	–	1
Altinho	✓	–	✓	–	2
Agrestina	✓	–	✓	–	2
Glória do Goitá	✓	–	✓	–	2
São José do Belmonte	✓	–	✓	–	2
Sirinhaém	–	–	✓	✓	2
Poção	–	✓	–	–	1
Sairé	–	–	✓	–	1
São Caetano	✓	–	✓	–	2
Paranatama	✓	–	–	–	1
Correntes	✓	–	–	–	1
Brejinho	✓	–	–	–	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

A distribuição desses equipamentos evidencia o fortalecimento da articulação interfederativa e a priorização de territórios com maior demanda reprimida e dificuldades de acesso aos serviços odontológicos.

Além dos investimentos federais, os resultados também apontam significativa participação municipal no fortalecimento da assistência em saúde bucal. Identificou-se que 35 municípios pernambucanos já operam UOMs adquiridas com recursos próprios, entre eles (Figura 3).

Figura 3. Presença de Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) nos municípios selecionados de Pernambuco.

Município	Quilombolas	Povos Indígenas	Povos Ciganos	Povos das Águas	Nº de grupos de PCTs
Orocó	✓	✓	✓	–	3
Petrolina	✓	–	✓	✓	3
Serra Talhada	✓	–	–	✓	2
Floresta	✓	✓	✓	✓	4
Água Preta	–	–	✓	–	1
Aliança	–	–	✓	–	1
Araçoiaba	–	–	✓	–	1
Bom Conselho	✓	–	✓	–	2
Buíque	✓	✓	✓	–	3
Caetés	✓	–	✓	–	2
Canhotinho	–	–	✓	–	1
Capoeiras	✓	–	–	–	1
Casinhas	–	–	✓	–	1
Condado	–	–	✓	–	1
Iati	✓	–	✓	–	2
Ibimirim	✓	✓	✓	✓	4
Inajá	✓	✓	–	–	2
Ipubi	✓	–	✓	–	2
Itaquitinga	–	–	✓	–	1
Jaqueira	–	–	✓	–	1
Jurema	–	–	✓	–	1
Manari	✓	–	–	–	1
Maraial	–	–	✓	–	1
Pedra	✓	✓	✓	✓	4
Quipapá	✓	–	✓	–	2
Salgadinho	–	–	✓	–	1
Santa Cruz	–	–	✓	–	1
Santa Maria da Boa Vista	✓	–	✓	✓	3
São Benedito do Sul	✓	–	✓	–	2
São João	✓	–	✓	–	2
Tacaratu	✓	✓	✓	–	3
Tupanatinga	✓	–	✓	–	2
Xexéu	–	–	✓	–	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados demonstram que a ampliação das UOMs em Pernambuco representa uma importante estratégia para o fortalecimento da atenção à saúde bucal em territórios historicamente marcados por vulnerabilidades sociais e limitações de acesso aos serviços públicos. A distribuição desses equipamentos em municípios localizados em diferentes regiões do estado evidencia um movimento de interiorização da assistência, possibilitando maior alcance das ações do SUS em áreas rurais, comunidades tradicionais e localidades com barreiras geográficas significativas. Especialmente na III Macrorregião de Saúde (Sertão), que possui vasta extensão territorial e um clima semiárido que impõe desafios adicionais ao deslocamento das populações[11].

Nesse sentido, a implementação das UOMs contribui diretamente para o fortalecimento dos princípios da universalidade e da equidade, ao direcionar recursos e serviços para populações que historicamente vivenciam processos de exclusão e invisibilidade social[1]. Discutir o acesso à saúde para populações vulnerabilizadas e a implementação de unidades móveis é também reafirmar que a saúde bucal constitui um importante indicador de dignidade humana, considerando que a ausência de cuidado impacta diretamente funções essenciais como alimentação, comunicação, socialização e qualidade de vida.

A presença de Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) nos territórios contemplados reforça a relevância dessa estratégia no enfrentamento das desigualdades em saúde. Muitas dessas populações convivem com dificuldades estruturais relacionadas ao acesso aos serviços básicos, insegurança territorial, racismo estrutural e limitações de infraestrutura, fatores que impactam diretamente suas condições de saúde e qualidade de vida. Em Pernambuco, essa realidade é latente na VI Região de Saúde, que detém o maior contingente populacional indígena do estado, com etnias como Pankararu (em Tacaratu, Jatobá e Petrolândia), Kambiwá (Ibimi-

rim e Inajá) e Kapinawá (Buíque e Tupanatinga)[11]. Nesse contexto, a utilização das UOMs mostra-se extremamente favorável para a promoção da saúde bucal dessas populações, permitindo a realização de ações preventivas, restauradoras e de urgência diretamente nos territórios. Ao deslocar o serviço até o usuário, o SUS reduz barreiras geográficas e amplia a dignidade no cuidado, promovendo maior efetividade da assistência[10]. Além disso, a atuação itinerante dessas unidades favorece maior aproximação entre os serviços de saúde e as especificidades culturais, sociais e territoriais das comunidades atendidas, fortalecendo práticas de cuidado mais integrais, humanizadas e alinhadas às necessidades locais.

Outro aspecto relevante identificado refere-se à articulação interfederativa observada na expansão das UOMs por meio do Novo PAC e dos investimentos municipais. A participação conjunta entre Governo Federal e gestões municipais demonstra o reconhecimento da necessidade de fortalecimento da rede assistencial em saúde bucal, especialmente em territórios com demanda reprimida. A adesão de municípios que adquiriram UOMs com recursos próprios evidencia também o protagonismo local na construção de estratégias de cuidado e na ampliação do acesso aos serviços odontológicos, como observado em Carnaubeira da Penha, Betânia, Itamaracá e Tabira, municípios que possuem populações quilombolas, pesqueiras e indígenas significativas e que agora contam com esse reforço na assistência[11].

Experiências semelhantes em outros contextos do SUS, como modelos de unidades móveis multiprofissionais implantados em municípios brasileiros, demonstram que a mobilidade pode ser aplicada a diferentes especialidades da Atenção Primária à Saúde, incluindo atendimentos clínicos, pediátricos e ginecológicos, além da realização de exames e dispensação de medicamentos em um único deslocamento. Esses resultados reforçam a viabilidade de estratégias descentralizadas e itinerantes para redução das desigualdades assistenciais e fortalecimento da atenção integral nos territórios[9].

Entretanto, embora os resultados apontem avanços importantes na ampliação da assistência odontológica, a existência das UOMs, de forma isolada, não é suficiente para superar as desigualdades estruturais que atravessam os territórios dos Povos e Comunidades Tradicionais. Torna-se indispensável a continuidade de investimentos públicos, ações intersetoriais e políticas de equidade que fortaleçam a garantia do direito à saúde e consolidem as UOMs como instrumentos de cidadania, inclusão social e efetivação do cuidado integral no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados, conclui-se que a ampliação das UOMs em Pernambuco configura-se como uma estratégia fundamental para o fortalecimento da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais, barreiras geográficas e limitações históricas de acesso aos serviços públicos.

A presença das UOMs em municípios com Povos e Comunidades Tradicionais evidencia avanços importantes na promoção da equidade, da universalidade e da integralidade do cuidado, ao aproximar os serviços odontológicos de populações historicamente invisibilizadas. Além disso, os investimentos realizados por meio do Novo PAC e pelas gestões municipais demonstram o reconhecimento da necessidade de fortalecimento da assistência em saúde bucal nos territórios mais vulnerabilizados.

Contudo, embora representem um importante instrumento de inclusão social e garantia de direitos, as UOMs não devem ser compreendidas como solução isolada para as desigualdades estruturais existentes. Torna-se indispensável a continuidade de políticas públicas intersetoriais, investimentos permanentes e estratégias de cuidado culturalmente sensíveis que assegurem a consolidação de uma atenção em saúde mais humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Vieira YSH, Souza AAA, Silva LDM, Lira PPM, Ayach JA, Passos CHS, et al. Universalidade, integralidade e equidade: princípios e dilemas do SUS na atualidade. Aracê. 2025;7(10):e9048. doi:10.56238/arev7n10-194.
2. Martins LOM, Reis MF, Chaoubah A, Rego G. Distributive justice and equity in resource allocation: a temporal analysis of hospitalization costs in indigenous populations in Brazil. Int J Equity Health. 2024;23:21. doi:10.1186/s12939-024-02102-w.
3. Almeida RM, Paes FT, Gomes AS, Lacerda RGF, Way Way JRS, Ribeiro NL, et al. Saúde, educação e direitos dos povos indígenas e das comunidades tradicionais, sob a lente das organizações nacionais e internacionais. Saude Redes. 2025;11(2):4533. doi:10.18310/2446-4813.2025v11n2.4533.
4. Soares NC. Extrativismo e manejo de cipós em uma comunidade quilombola do semiárido nordestino [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2025.
5. Aguiar IWO, Carioca AAF, Barbosa BB, Adriano LS, Barros AQS, Kendall C, et al. Indicadores antropométricos em povos e comunidades tradicionais do Brasil: análise de registros individuais do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2019. Epidemiol Serv Saude. 2023;32:e2023543. doi:10.1590/S2237-96222023000400005.
6. Pichetti RF. Cartografias sociais e alternativas: análise metodológica para construção de um mapa sobre conflitos ambientais envolvendo povos e comunidades tradicionais em SC [tese]. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau; 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
8. Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília: SEPPIR; 2013.
9. Silva MGO, Carvalho MJN, Souza, ASCG, Silva IMB, Silva JAV, Barros PAG, et al. Unidade odontológica móvel como estratégia de equidade em saúde bucal: relato de experiência em Caruaru-PE. Observatorio de la Economía Latinoamericana. 2025;23(5):109.doi: 10.55905/oelv23n5-110

10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Mapa macrorregional: III Macro. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2024.

11. Moreira TC, Hernandes JP, Silva LVB, Mota GMS, Oliveira IR, Mattos CP, et al. Condutas multiprofissionais em atendimento de urgência e emergência em unidades de pronto atendimento (UPA) e no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Res Soc Dev. 2023;12(3):e0412340355. doi:10.33448/rsd-v12i3.40355.

A ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA EM PERNAMBUCO

Karla Tatiane Batista de Oliveira Silva
Mykaele Rebeca de Jesus Silva
Glaucy Vitória Nascimento Amorim
Thainá Barbosa de Brito
Leticya Gabriella de Souza

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap3

RESUMO

A fibrose cística (FC), também denominada de mucoviscidose, é uma doença genética multissistêmica que demanda acompanhamento contínuo e multiprofissional. A Atenção Primária à Saúde (APS) possui um importante papel atuando no monitoramento clínico e acompanhamento longitudinal desses pacientes. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado a partir dos dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), referentes ao período de abril de 2025 a março de 2026, no estado de Pernambuco. Foram analisadas variáveis relacionadas à distribuição dos atendimentos por municípios, sexo, classificação segundo a CID-10 e perfil assistencial. Foram registrados 102 atendimentos relacionados à FC em 39 municípios

do estado, abrangendo 11 das 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Observou-se distribuição semelhante entre os sexos, com discreta predominância feminina (51%). Em relação à classificação diagnóstica, entre as formas especificadas, houve maior predominância no CID E84.0, correspondente a manifestações pulmonares (37,3%). Quanto ao perfil assistencial, houve predominância de atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (94,1%). Os resultados reforçam a relevância da APS no cuidado integral, especialmente no monitoramento contínuo, identificação precoce de complicações e encaminhamento oportuno para serviços especializados. A APS exerce papel fundamental no acompanhamento de indivíduos com fibrose cística em Pernambuco, contribuindo para a continuidade do cuidado e organização da assistência.

Palavras-chave: Fibrose cística, Mucoviscidose, Atenção primária à saúde, Estratégia saúde da família

INTRODUÇÃO

A Fibrose Cística (FC), também conhecida como mucoviscidose, é uma doença genética de herança autossômica recessiva, de caráter multissistêmico, que afeta principalmente os sistemas respiratório e digestório[1]. Suas principais manifestações crônicas incluem infecções pulmonares crônicas, insuficiência pancreática e sinusite[2].

O estado nutricional é reconhecido como um dos principais determinantes da evolução clínica na fibrose cística. A associação entre adequado estado nutricional e melhores prognósticos ocorre, em grande parte, devido a manutenção de reservas corporais adequadas contribui para a preservação da massa muscular, incluindo a musculatura respiratória, além de favorecer a resposta imunológica e a capacidade de enfrentar infecções recorrentes. Nesse contexto, indivíduos com melhor estado nutricional tendem a apresentar melhor função pulmonar[3].

Devido às alterações fisiopatológicas da doença, pessoas com mucoviscidose apresentam aumento das necessidades energéticas e nutricionais, decorrente do maior gasto energético basal, da inflamação crônica e das infecções respiratórias frequentes. Além disso, a presença frequente de insuficiência pancreática exócrina compromete a digestão e a absorção de nutrientes, especialmente lipídios, o que exige modificações específicas na dieta. A identificação de casos de fibrose cística pode ocorrer por meio da triagem neonatal (através do teste do pezinho) ou por suspeita clínica ao longo da infância[4].

Na ausência de diagnóstico neonatal, a suspeita clínica deve ser considerada, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), diante de sinais e sintomas sugestivos, como: infecções respiratórias recorrentes ou persistentes; tosse crônica produtiva; baixo ganho ponderal ou falha de crescimento; esteatorreia e/ou diarreia crônica; história de íleo meconial; episódios de desidratação com distúrbios eletrolíticos; relato de suor com sabor salgado. Nos casos inconclusivos, a avaliação diagnóstica deve considerar critérios clínicos, laboratoriais e genéticos, conforme protocolos e diretrizes vigentes[5].

Após confirmação diagnóstica, o paciente deve ser encaminhado ao centro de referência em FC, para início do acompanhamento especializado e definição do plano terapêutico. O cuidado com o paciente com fibrose cística deve ser realizado por equipe multiprofissional, de forma contínua e integrada, incluindo pneumologia, gastroenterologia, enfermagem, fisioterapia respiratória e nutrição[6].

A APS deve manter acompanhamento compartilhado com o serviço especializado, contribuindo para o monitoramento clínico, adesão ao tratamento e identificação precoce de intercorrências e sinais de agravamento[7].

Neste sentido, o estudo tem como objetivo analisar a atuação da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento de pacientes com fibrose cística no estado de Pernambuco, com base nos dados

do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, no período de abril de 2025 a março de 2026[8], considerando os dados relativos a distribuição de atendimentos por municípios, sexo, classificação da fibrose cística na Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) e perfil assistencial[9].

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, onde foram incluídas pessoas com fibrose cística, de ambos os sexos e faixa etária, atendidas pela Atenção Primária à Saúde, no estado de Pernambuco, entre o período de abril de 2025 e março de 2026.

As variáveis consideradas para o estudo foram: a distribuição de atendimentos por municípios, sexo, classificação da fibrose cística na Classificação Internacional de Doenças (CID- 10), perfil assistencial e dificuldade funcional.

Os dados foram coletados nos registros do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, tabulados em planilha do Excel® e disponibilizados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS.

Para análise estatística dos dados utilizou-se o Excel®, sendo descritos na forma de frequência absoluta e porcentagem.

Por se tratar de estudo com dados secundários, de domínio público e sem identificação de indivíduos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, todos os dados foram utilizados respeitando os preceitos éticos e o objetivo científico da pesquisa[10].

RESULTADOS

No período compreendido entre abril de 2025 e março de 2026, foram registrados 102 atendimentos de pacientes com fibrose cística no estado de Pernambuco, conforme os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Os atendimentos contemplaram usuários provenientes de 39 municípios

do estado, abrangendo 11 das 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), sendo identificada ausência de registros apenas na VII GERES.

Distribuição geral da população com fibrose cística em Pernambuco

Observou-se maior concentração de atendimentos na I GERES, totalizando 34 registros, com destaque para o município do Recife, que apresentou 18 atendimentos, seguido por Camaragibe, Paulista e Jaboatão dos Guararapes, com 3 registros cada. A IV GERES apresentou o segundo maior quantitativo de atendimentos, com 20 registros, distribuídos principalmente entre os municípios de Caruaru e Belo Jardim, ambos com 8 atendimentos. A VI GERES contabilizou 16 atendimentos, destacando-se o município de Venturosa, com 7 registros, e Arcoverde, com 4.

Na II GERES foram registrados 12 atendimentos, com predominância nos municípios de Limoeiro, Surubim e Feira Nova. As demais regionais apresentaram menor quantitativo de registros, sendo identificados atendimentos na III GERES, nos municípios de Sirinhaém e Palmares, com 1 registro cada, totalizando 2 atendimentos. Na V GERES, foram registrados atendimentos nos municípios de Garanhuns e Lagoa do Ouro, com um caso em cada município. A VIII GERES contabilizou 4 atendimentos, sendo 3 no município de Cabrobó e 1 em Petrolina. Na IX GERES, observaram-se 5 registros distribuídos entre Bodocó (3), Araripina (1) e Ipubi (1). A X GERES apresentou 1 atendimento no município de Carnaíba, enquanto a XI GERES registrou 4 atendimentos em Serra Talhada. Na XII GERES, os registros ocorreram nos municípios de Goiana e Itambé, com 1 atendimento em cada localidade.

Classificação diagnóstica dos indivíduos com fibrose cística

Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), observou-se predominância do CID E84.0, correspondente à fibrose cística com manifestações pulmonares. Dos 102 registros de atendimentos analisados, 38 (37,3%) apresentaram manifestações

pulmonares. Também foram registrados casos classificados como CID E84.1, referente à fibrose cística com manifestações intestinais, identificados em três pacientes (2,9%). Além disso, cinco indivíduos (4,9%) apresentaram registros classificados como CID E84.8, correspondente à fibrose cística com outras manifestações clínicas abrangendo complicações sistêmicas e diferentes apresentações da doença. Foram ainda observados oito registros (7,8%) classificados sob o CID E84.9, referente à fibrose cística não especificada, utilizada nos casos em que não houve detalhamento clínico das manifestações associadas. Adicionalmente, verificou-se que 48 pacientes (47,1%) apresentaram registro apenas do CID E84, correspondente à classificação geral da fibrose cística, sem especificação das manifestações clínicas relacionadas.

Distribuição por sexo

Observou-se distribuição percentual semelhante entre os sexos, sendo 49,0% dos indivíduos do sexo masculino e 51,0% do sexo feminino, evidenciando discreta predominância feminina na população analisada.

Equipes de atendimento e acompanhamento

No período analisado, observou-se predominância dos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), correspondendo a 96 registros (94,1%). Também foram identificados três atendimentos vinculados às equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/e-Multi), representando 2,9% dos registros, além de dois atendimentos relacionados às equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP), equivalentes a 2,0% do total analisado.

Não foram registrados atendimentos realizados por Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), Equipes de Atenção Básica (EAB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Saúde Bucal (SB) e Equipes de Atenção Básica Prisional (eABP) no período analisado. No acompanhamento dos pacientes, observou-

-se predominância de registros relacionados ao retorno para cuidado continuado/programado, totalizando 48 ocorrências, seguido de 39 registros de alta do episódio e 28 encaminhamentos para serviço especializado. Também foram identificados 28 retornos para consulta agendada. Não foram registrados agendamentos para o NASF/e-Multi, participação em grupos, encaminhamentos internos do dia, encaminhamentos intersetoriais, encaminhamentos para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), internação hospitalar, serviços de atenção domiciliar ou atendimentos de urgência no período analisado.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce da fibrose cística é fundamental, pois permite iniciar o tratamento antes do aparecimento de complicações graves, contribuindo para melhora significativa da qualidade e expectativa de vida dos pacientes. No Brasil, o diagnóstico precoce ocorre principalmente por meio do Teste do Pezinho, realizado nos primeiros dias de vida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quando há alteração no exame, o paciente é encaminhado para exames confirmatórios, como o teste do suor e análise genética.

Em relação aos achados do presente estudo, os dados obtidos por meio do SISAB demonstraram ampla distribuição territorial dos atendimentos relacionados à fibrose cística no estado de Pernambuco, abrangendo a maioria das GERES. Entretanto, a ausência de registros na VII GERES pode indicar possíveis fragilidades no processo de notificação, registros de casos, ou dificuldades de acesso e organização da rede assistencial nessa regional. Esse achado reforça a necessidade de fortalecimento das estratégias de vigilância e organização da rede de atenção à saúde, e da qualificação dos registros em saúde voltados às pessoas com doenças crônicas e raras em todas as regiões do estado.

A predominância de registros relacionados ao CID E84.0 evidencia o importante acometimento do sistema respiratório entre os indivíduos acompanhados, característica frequentemente

associada à evolução clínica da doença. Além disso, a presença de manifestações gastrointestinais e nutricionais reforça o caráter multissistêmico da FC e a necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo. A adequada utilização da classificação da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) contribui para o monitoramento epidemiológico, organização dos serviços de saúde e qualificação da assistência prestada aos indivíduos com fibrose cística, além disso, favorece maior precisão nos registros clínicos, possibilitando melhor acompanhamento longitudinal dos pacientes no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da rede de atenção especializada.

A predominância dos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família demonstra o papel central da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento longitudinal desses pacientes, por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento contínuo e coordenação do cuidado em rede, com identificação precoce de alterações clínicas.

Nesse contexto, a avaliação clínica sistematizada torna-se essencial para identificar precocemente alterações funcionais, nutricionais e respiratórias, possibilitando intervenções terapêuticas adequadas e acompanhamento contínuo. Dessa forma, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da integração com os serviços especializados contribui para o controle das complicações e promoção da qualidade de vida dos indivíduos com fibrose cística.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce da fibrose cística é fundamental, pois permite iniciar o tratamento antes do aparecimento de complicações graves, contribuindo para melhora significativa da qualidade e expectativa de vida dos pacientes. No Brasil, o diagnóstico precoce ocorre principalmente por meio do Teste do Pezinho, realizado nos primeiros dias de vida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quando há alteração no exame, o paciente é encaminhado para exames confirmatórios, como o teste do suor e análise genética.

Em relação aos achados do presente estudo, os dados obtidos por meio do SISAB demonstraram ampla distribuição territorial dos atendimentos relacionados à fibrose cística no estado de Pernambuco, abrangendo a maioria das GERES. Entretanto, a ausência de registros na VII GERES pode indicar possíveis fragilidades no processo de notificação, registros de casos, ou dificuldades de acesso e organização da rede assistencial nessa regional. Esse achado reforça a necessidade de fortalecimento das estratégias de vigilância e organização da rede de atenção à saúde, e da qualificação dos registros em saúde voltados às pessoas com doenças crônicas e raras em todas as regiões do estado.

A predominância de registros relacionados ao CID E84.0 evidencia o importante acometimento do sistema respiratório entre os indivíduos acompanhados, característica frequentemente associada à evolução clínica da doença. Além disso, a presença de manifestações gastrointestinais e nutricionais reforça o caráter multissistêmico da FC e a necessidade de acompanhamento multiprofissional contínuo. A adequada utilização da classificação da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) contribui para o monitoramento epidemiológico, organização dos serviços de saúde e qualificação da assistência prestada aos indivíduos com fibrose cística, além disso, favorece maior precisão nos registros clínicos, possibilitando melhor acompanhamento longitudinal dos pacientes no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da rede de atenção especializada.

A predominância dos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família demonstra o papel central da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento longitudinal desses pacientes, por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento contínuo e coordenação do cuidado em rede, com identificação precoce de alterações clínicas.

Nesse contexto, a avaliação clínica sistematizada torna-se essencial para identificar precocemente alterações funcionais, nutricionais e respiratórias, possibilitando intervenções terapêuticas

adequadas e acompanhamento contínuo. Dessa forma, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da integração com os serviços especializados contribui para o controle das complicações e promoção da qualidade de vida dos indivíduos com fibrose cística.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo demonstram que a fibrose cística permanece como uma condição clínica complexa, que demanda acompanhamento contínuo, multiprofissional e integrado entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Os resultados evidenciam a importância da Atenção Primária à Saúde no monitoramento e acompanhamento longitudinal dos indivíduos com mucoviscidose no estado de Pernambuco, especialmente por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família, responsáveis pela maior parte dos atendimentos registrados no período analisado.

Além disso, a distribuição territorial dos casos em diferentes municípios e Gerências Regionais de Saúde reforça a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde, ampliação das estratégias de diagnóstico precoce e qualificação dos registros clínicos e epidemiológicos relacionados à doença. A adequada utilização da classificação CID-10 e o acompanhamento compartilhado entre APS e serviços especializados contribuem para maior organização da assistência, identificação precoce de complicações e promoção da qualidade de vida dos pacientes.

Por fim, destaca-se a relevância do cuidado multiprofissional e da vigilância contínua no manejo da fibrose cística, considerando suas repercussões respiratórias, gastrointestinais, nutricionais e funcionais. Dessa forma, estudos relacionados ao perfil epidemiológico e assistencial da doença podem subsidiar o planejamento de ações e políticas públicas voltadas ao fortalecimento da assistência integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ratjen F, Bell SC, Rowe SM, Goss CH, Quittner AL, Bush A. Cystic fibrosis. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2015 May 14 [cited 2026 May 19];1:15010. doi: 10.1038/nrdp.2015.10.
2. Yu E, Sharma S. Cystic Fibrosis [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630258/
3. Knott-Torcal C, Sebastián-Valles F, María R, Martín C, Jiménez-Díaz J, Mónica Marazuela, et al. A prospective study to assess the impact of a novel CFTR therapy combination on body composition in patients with cystic fibrosis with F508 del mutation. Clinical Nutrition. 2023 Dec 1;42(12):2468–74. doi: 10.1016/j.clnu.2023.10.015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Relatório de recomendação nº 775: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da fibrose cística [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2026 maio 19]. Disponível em:https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/RR775PCDTFibroseCistica_Final_09.05.2024.pdf
5. Wilschanski M, Munck A, Carrion E, Cipolli M, Collins S, Colombo C, et al. ESPEN-ESPGHAN-ECFS guideline on nutrition care for cystic fibrosis. ClinicalNutrition (Edinburgh, Scotland) [Internet]. 2024 Feb 1;43(2):413–45. doi: 10.1016/j.clnu.2023.12.017.
6. Lebecque P, Leonard A, De Boeck K, De Baets F, Malfroot A, Casimir G, et al. Early referral to cystic fibrosis specialist centre impacts on respiratory outcome. Journal of Cystic Fibrosis [Internet]. 2008;8(1):26–30. doi: /10.1016/j.jcf.2008.07.005
7. Ribeiro NAC, Santos VRP, Silva SA, Chini LT, Lima RS. A relação entre os indicadores de desempenho para financiamento na Estratégia de Saúde da Família e o trabalho interprofissional: uma análise qualitativa. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2026 Jan;36(1). doi: 10.1590/S0103-733120263601502pt
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Dados de Pernambuco gerados em 12 maio 2026. Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/
9. World Health Organization. ICD-10 Version:2019 [Internet]. ICD-10 Version:2019. 2019. Disponível em: https://icd.who.int/browse10/2019/en

10. Resolução no 510, de 07 de abril de 2016 — Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Www.gov.br. 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view

04 AUSÊNCIA DE CONHECIMENTO DAS NORMAS REGULAMENTADORAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DE TRABALHADORES EM COMUNIDADES TRADICIONAIS

Leonardo de Barros Lopes[1]
Glebson Costa Alves[2]
Melba Santiago Menezes[1]
Vitor Nascimento Goes[1,3]
Robson Cruz Ramos da Silva[4]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Residente em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Residente em Saúde Coletiva, Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap4

RESUMO

Este trabalho analisa a vulnerabilidade ocupacional dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs), focando no impacto do desconhecimento das Normas Regulamentadoras (NRs) sobre a saúde desses trabalhadores. A ausência de aplicação técnica dessas diretrizes resulta em danos físicos, psicológicos e sociais significativos, além de gerar ônus financeiro ao sistema de saúde pública e à previdência social. O objetivo é alertar a lacuna entre o conhecimento normativo necessário para trabalho seguro e por parte do trabalhador e dos órgãos competentes. Trata-se de um estudo qualitativo, observacio-

nal e transversal, fundamentado em pesquisa bibliográfica e análise documental. A metodologia consistiu em relacionar as atividades laborais de povos e comunidades tradicionais às Normas Regulamentadoras (NRs), buscando evidenciar a invisibilidade e a subnotificação de acidentes de trabalho decorrentes da informalidade. Os resultados apontam que os dados coletados em maio de 2026, analisam o impacto do desconhecimento normativo na saúde desses grupos, utilizando marcos jurídicos como o Decreto nº 6.040/2007 para contextualizar a vulnerabilidade social e produtiva investigada. O estudo identifica uma lacuna na proteção social, intensificada pela escassez de programas governamentais de capacitação que considerem as especificidades culturais e os modos de produção artesanais. Propõe-se que a qualificação profissional adote uma perspectiva preventiva, integrando o conhecimento das NRs por meio de um diálogo técnico que respeite os valores e saberes ancestrais, em vez de uma imposição externa. Ressalta-se a natureza insidiosa das negligências no ambiente laboral, onde patologias cumulativas muitas vezes só são detectadas em fases tardias, demandando uma revisão das políticas de vigilância para interromper o nexo causal precocemente. Conclui-se que a eficácia da proteção ocupacional reside na convergência entre o rigor normativo e a preservação da identidade cultural, assegurando o direito ao trabalho seguro e mitigando a sobrecarga do sistema social.

Palavras-chave: Populações tradicionais, Acidente do trabalho, Segurança do trabalho, Sistema Único de Saúde, Normas regulamentadoras

INTRODUÇÃO

A saúde dos trabalhadores pertencentes aos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) é frequentemente comprometida pelo desconhecimento das Normas Regulamentadoras (NRs). Instituídas pelo Ministério do Trabalho como diretrizes obrigatórias e complementares à CLT (Lei nº 6.514/1977), as NRs visam garantir

padrões fundamentais de segurança e medicina do trabalho que, quando ignorados, elevam a vulnerabilidade desses grupos em seus contextos laborais[1,2].

A ausência de conhecimento e aplicação técnica dessas normas não gera apenas danos imediatos ao bem-estar dos trabalhadores, mas desencadeia impactos físicos, psicológicos e sociais profundos. Além do custo humano, essa precariedade resulta em dispêndios significativos para a saúde pública, para o sistema de previdência social e para a economia nacional[3].

Atualmente, observa-se um hiato na proteção social dessas populações, intensificado pela carência de programas governamentais de capacitação profissionais voltados especificamente às realidades tradicionais[4]. Para superar esse desafio, é fundamental que a qualificação profissional ocorra sob uma perspectiva preventiva, integrando o conhecimento técnico das NRs, sem descaracterizar ou desrespeitar os modos de produção artesanais. A implementação dessas normas deve ser conduzida como um processo de diálogo técnico, e não como uma imposição externa, com o objetivo central de mitigar riscos inerentes ao labor tradicional, sem interferir nas crenças, valores e saberes desses povos.

Em última análise, a proteção ocupacional efetiva depende da integração entre o rigor normativo e as realidades culturais específicas de cada comunidade. O cenário de precariedade enfrentado por esses grupos, que muitas vezes operam à margem das fiscalizações formais, serve como um alerta urgente para a necessidade de políticas que conciliem o direito ao trabalho seguro com a preservação da identidade cultural. Nesta perspectiva este trabalho tem como objetivo alertar a lacuna entre o conhecimento normativo necessário para trabalho seguro e por parte do trabalhador e dos órgãos competentes.

METODOLOGIA

A abordagem metodológica selecionada foi qualitativa[6], a partir da vulnerabilidade da Saúde e da Segurança do Trabalho dos

profissionais pertencentes aos Povos e Comunidades Tradicionais em suas práticas culturais de labor.

Tipo de estudo e delineamento

O estudo é classificado como observacional e transversal. Com foco nas atividades de risco e ausência de dados que especifiquem os trabalhadores tradicionais vitimados por acidentes no labor, passando por vezes despercebidos na formalização de comunicação de acidentes devido a sua condição informal, assim como, a ausência de esforços para qualificar estes indivíduos no uso de equipamentos e práticas seguras de trabalho em conformidade com a legislação vigente, acarretando em dados pífios e errôneos, por vezes caracterizados como acidentes domésticos, ou outras formas de lesões ou morte, não vinculadas à atividade profissional cultural[6].

Justificativa da abordagem metodológica

O não conhecimento das Normas Regulamentadoras e suas conseqüências laborais na vitimização dos trabalhadores e trabalhadoras tradicionais, que subnotificam os bancos de dados públicos, desde a não Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), - documento obrigatório no registrar acidentes ou doenças ocupacionais ao INSS, e necessário ao acesso dos direitos previdenciários, como no desenvolvimento de patologias condicionadas a mobimortalidade desses grupos. Diante do exposto "Consequências geradas pelo desconhecimento normativo", optou-se por uma abordagem qualitativa, permitindo:

- Caracterização dos Povos e Comunidades Tradicionais e suas estruturas laborais;
- Apresentação das Normas Regulamentadoras (NRs) e seus campos de aplicação;
- Relacionar as Atividades dos Povos Tradicionais e as Normas Regulamentadoras (NRs);
- Demonstrar as consequências da ausência de conhecimento normativo e seus impactos na integralidade da saúde;

A metodologia utilizada permite o entendimento e a discussão dos fatores históricos e sociais dos povos tradicionais, que contribuem com seu conhecimento técnico tradicional para a economia local, regional e nacional, porém são invisibilizados por não atender as exigências contratuais mercadológicas, tornando-se um exército produtivo que apesar de sua grande valia, percorrem as margens das garantias e seguranças contempladas nas diferentes formas de vínculo trabalhista no Brasil (estatutários, contratados, celetistas, Micro Empreendedores Individuais).

Técnicas de coleta e análise de dados

Para abordar a complexidade da invisibilidade dos dados, diversas técnicas foram empregadas:

- Pesquisa bibliográfica e documental

A investigação fundamentou-se em uma extensa pesquisa bibliográfica e análise documental, abrangendo periódicos, bancos de dados públicos, organizações não governamentais (ONGs), acervos históricos e casas legislativas. Essa etapa foi essencial para contextualizar o objeto de estudo e analisar o marco jurídico vigente, com destaque para a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e o Decreto nº 6.040/2007, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT)[1,7,8].

Tais dispositivos são fundamentais para o reconhecimento e a garantia dos direitos territoriais, sociais, ambientais e econômicos de grupos que dependem de seus territórios para sua reprodução cultural e social.

A análise documental revelou-se imprescindível (*sine qua non*) para evidenciar o "ofuscamento" das consequências laborais no artesanato. A análise permitiu identificar a escassez de dados em registros públicos, a carência de processos de capacitação e a ausência de políticas públicas voltadas à segurança desses profissionais, fatores que desencadeiam impactos críticos nas esferas: familiar, econômica, previdenciária e de saúde pública.

- Matriz de análise de dados qualitativos

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, por compreender que a investigação das condições de saúde e segurança do trabalhador artesanal exige tanto a análise de dados objetivos quanto a compreensão das experiências e percepções dos sujeitos envolvidos. A dimensão da abordagem qualitativa possibilitou compreender as percepções dos trabalhadores acerca das condições laborais, das práticas de prevenção, das dificuldades enfrentadas no exercício da atividade artesanal e dos impactos do trabalho sobre a saúde e a qualidade de vida. Dessa forma, a integração entre os métodos contribuiu para uma análise mais ampla e aprofundada da realidade investigada[6,7].

- Período de coleta

As informações foram coletadas no período de 01 de maio a 20 de maio de 2026.

Considerações éticas e tratamento dos dados

Embora o estudo aborde questões etnográficas, a metodologia aponta que não foi necessária a submissão a um comitê de ética, conforme a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024[5]. As informações coletadas foram sintetizadas e contextualizadas pelo autor no decorrer do trabalho. Este processo teve como objetivo principal evidenciar a própria condição de inexistência e/ou incongruência de dados devido à ausência de informações dos pacientes nos bancos de dados públicos de saúde de Pernambuco, uma realidade que, segundo o estudo, se reflete em outros estados da federação. Isso reforça a necessidade de aprimorar o registro étnico nos sistemas de saúde brasileiros, incluindo um campo autodeclaratório nas fichas de saúde para subsidiar políticas públicas que combatam iniquidades.

RESULTADOS

Caracterização dos povos e comunidades tradicionais e seus marcos regulatórios

A proteção jurídica dos grupos minoritários no Brasil avançou significativamente com o Decreto Nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT). Segundo a legislação, os Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) são definidos como grupos culturalmente diferenciados que se autoidentificam (autodeclaração) como tais. Esses grupos possuem formas próprias de organização social e dependem da ocupação de territórios e do uso de recursos naturais para assegurar sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica[1]. A transmissão de saberes e inovações nesses contextos ocorrem, primordialmente, por meio da tradição.

Objetivos da Política Nacional

O foco central da PNPCT é a promoção do desenvolvimento sustentável dos PCTs. Para isso, a política enfatiza o reconhecimento, o fortalecimento e a garantia de direitos em diversas esferas, incluindo a territorial, social, ambiental, econômica e cultural. Um princípio norteador dessa política é o respeito e a valorização da identidade desses povos, bem como de suas instituições e formas de organização próprias[1,8].

Governança e representatividade

Com o intuito de institucionalizar o diálogo entre esses grupos e o Estado, foi promulgado o Decreto Nº 8.750, de 09 de maio de 2016. Este decreto instituiu o Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais, um órgão colegiado que visa garantir a representatividade e a participação ativa de diversas identidades culturais na formulação de políticas públicas[10].

Diversidade dos grupos reconhecidos

A legislação brasileira reconhece uma vasta gama de grupos que compõem o mosaico social dos PCTs. Atualmente, o conselho assegura a representatividade de 29 segmentos distintos, que incluem desde povos indígenas e comunidades quilombolas até grupos com identidades ligadas a ecossistemas específicos, como (alguns exemplos)[1]:

- Povos de matriz africana e ciganos;
- Pescadores artesanais, extrativistas e caiçaras;
- Grupos regionais específicos, como faxinalenses, benzedeiros, geraizeiros, pantaneiros e vazanteiros;
- Trabalhadores de cadeias produtivas tradicionais, como quebradeiras de coco babaçu, catadores de mangaba e cipozeiros, pescadores artesanais, marisqueiros, caiçaras, e demais formas extrativistas.

O decreto também atenta para a Juventude desses povos, como garantia da continuidade geracional dessas práticas e saberes perpassados por gerações, pois essa estrutura normativa reafirma o compromisso do Estado brasileiro em preservar a diversidade cultural e garantir a sobrevivência física e cultural de comunidades que utilizam o território de forma sustentável e ancestral[1].

Além das diretrizes fundamentais de equidade do decreto 6.040, o ordenamento jurídico brasileiro expande-se para assegurar o direito à saúde de povos e comunidades tradicionais e das populações dos campos, florestas e águas, reconhecendo suas especificidades socioculturais1. Este compromisso é formalizado por meio da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que busca garantir o acesso integral ao SUS para esses grupos.

De forma complementar, a proteção e promoção de direitos alcançam os povos ciganos por meio do recente Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos (Decreto Nº 12.128/2024), fortalecendo o mosaico de inclusão que já contava com a Política

Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2009, e com as garantias fundamentais do Estatuto da Igualdade Racial (Lei Nº 12.288/2010)[8,11-13]. Conjuntamente, esses dispositivos legais estruturam as ações de saúde pública para contemplar a diversidade étnico-racial e territorial do país, visando a superação das desigualdades históricas no acesso ao cuidado.

Formas de labor

Os trabalhadores e trabalhadoras das cadeias produtivas tradicionais reproduzem formas culturais de trabalho, por vezes associados a crenças, costumes e religiosidade. Algo comum nestes ofícios é a elaboração de ferramentas construtivas, confecção e manutenção das infraestruturas para trabalhos em seus territórios, contemplando riscos comuns as atividades industriais (fábricas e construção civil).

Importante destacar que estas populações além do uso de equipamentos rudimentares a exemplo das peçonhas, peias e instrumentos cortantes, utilizadas na extração vegetal (coco, açaí, castanha-do-pará, açaí, babaçu e outros), na construção de embarcações, remos de madeira e reformas de edificações rústicas para o beneficiamento e suporte de suas atividades, o processo de globalização e a facilidade de crédito, possibilitou que parte destes profissionais tivesse acesso a equipamentos de propulsões elétricas e a combustão, como: motosserras, motores de polpa para embarcações, serras de corte, serras circulares, furadeiras de altas rotações e impactos.

Todos estes equipamentos demandam treinamentos para manuseio, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), por vezes de uso de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC), instalações de abastecimento ou recarga específica. Tais ausências potencializam a gravidade dos acidentes, potencializando mutilações ou mortes[14].

Riscos profissionais

Sabe-se que cada ofício possui formas e riscos distintos de trabalho naturalizados pela cultura e vivência dos indivíduos nos territórios aonde geralmente habitam, ou seja, a proximidade de seus lares com os locais de labor muitas vezes se confundem ou mesmo tornam-se extensões do perímetro residencial, seja ele no campo, florestas ou águas.

Nesta concepção os trabalhos surgem das demandas em atendimentos às necessidades locais, desde a subsistência, pequenos excedentes, ou mesmo na construção de equipamentos que permitam às dinâmicas da comunidade, como é o caso de ambientes pesqueiros, que por vezes o profissional da pesca é o mesmo artesão construtor das embarcações, ou tecelão de redes e tarrafas.

Caracterização normativa (NRs)

Entre os trabalhadores e trabalhadoras pertencentes a Povos e Comunidades Tradicionais, utilizando o conceito do pescador que também produz embarcações, identificado como carpinteiro naval, carpinteiro de ribeira ou calafate, caracteriza-se por uma complexidade laboral que exige a observância de um amplo e diversificado espectro normativo. No contexto brasileiro, a segurança e a saúde deste trabalhador são norteadas inicialmente por diretrizes de gestão e suporte técnico, fundamentadas na NR-01, que estabelece os princípios gerais de Segurança e Saúde no Trabalho (SST), e na NR-04, que regulamenta os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT)[1,15].

No que tange ao monitoramento ocupacional e ambiental, o exercício da profissão deve estar alinhado ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (NR-07) e à rigorosa avaliação e controle de exposições a agentes físicos, químicos e biológicos (NR-09). A proteção direta do trabalhador é complementada pelas diretrizes legais sobre o uso e fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), conforme a NR-06, e pela atenção

aos parâmetros de ergonomia estabelecidos pela NR-17, essenciais para a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas do carpinteiro[14,16-18].

No plano das operações técnicas e do manuseio de ferramentas, a NR-12 assume papel central ao definir requisitos de segurança para o uso de máquinas e equipamentos, enquanto a NR-10 garante a segurança em instalações e serviços que envolvam eletricidade. Adicionalmente, a natureza do ofício muitas vezes impõe o contato com agentes insalubres, o que demanda a aplicação da NR-15 para a correta caracterização e proteção das atividades[19-21].

Dada à especificidade do ambiente de construção e manutenção de embarcações, o carpinteiro naval enfrenta riscos peculiares que transversalizam diversas normas de segurança industrial e ambiental. Estes incluem a manipulação de inflamáveis e combustíveis NR-20, a exposição às variações climáticas em trabalhos a céu aberto NR-21 e os riscos inerentes ao trabalho em altura acima de dois metros NR-35; pela NR-33, que trata da segurança em espaços confinados. Essa multiplicidade normativa evidencia que a segurança na carpintaria naval exige uma visão holística e multidisciplinar da prevenção de riscos[21,22,24,25].

DISCUSSÃO

Conseqüências do desconhecimento normativo

O desconhecimento de normas específicas para cada fase do processo laboral, ou mesmo de normas específicas já existentes, como é o caso da NR 34 que trata das condições e meio ambiente de trabalho na indústria naval, mas que não contempla os artesãos, abordando apenas a indústria de estaleiros e plataformas[26]. Este tipo de apagamento estrutural, impõe uma subjetividade profissional aos trabalhadores tradicionais, desvalorizando seus ofícios, impossibilitando-os de capacitações e impondo a reprodução de processos enfadonhos ou mesmo de uso adaptados e sem formação de novas ferramentas que potencializem acidentes ou mortes.

Outro ponto a ser discutido é que a ausência de normas específicas como a NR-06 para o correto uso dos EPIS, da NR-35 relacionada a exposição dos calafates a quedas de alturas elevadas nos diques de construção e nos tetos dos barcos pesqueiro[14,24] ou mesmo na dormida dos pescadores em lastros de embarcações, que dentro dos conceitos da NR-33[25] se enquadraria como espaço confinado:

> "Os espaços não destinados à ocupação humana, com meios limitados de entrada e saída, utilizados para armazenagem de material com potencial para engolfar ou afogar o trabalhador são caracterizados como espaços confinados".

A normatização ainda poderia definir os lastros por atmosfera perigosa por contemplar a presença das seguintes condições: deficiência ou enriquecimento de oxigênio; presença de contaminantes com potencial de causar danos à saúde do trabalhador; ou que seja caracterizada como uma atmosfera explosiva, que no caso dos lastros navais, o combustível dos motores está presente[25].

Os achados reforçam que as negligências estruturais no ambiente laboral possuem um caráter insidioso, cujas repercussões para o trabalhador e para o sistema público de saúde não se manifestam de forma imediata. Dado que as patologias decorrentes da exposição inadequada são potencializadas cumulativamente ao longo dos anos, o enfrentamento da morbimortalidade em fases tardias da vida exige uma revisão das políticas de vigilância atuais, visando interromper o nexo causal antes que os danos se tornem irreversíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os dados analisados demonstram que a saúde dos trabalhadores integrantes dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) encontra-se em um estado de vulnerabilidade acentuada, decorrente, primordialmente, do desconhecimento das Normas Regulamentadoras (NRs). A negligência quanto a essas diretrizes obrigatórias da CLT não apenas compromete a integridade física e psicológica do trabalhador (neste caso informal), como também

gera impactos econômicos e sociais profundos, sobrecarregando o sistema de previdência e o erário público.

A pesquisa evidencia um hiato crítico na proteção social dessas populações, exacerbado pela ausência de programas governamentais de capacitação que respeitem as especificidades das realidades tradicionais. Conclui-se que a mitigação dos riscos ocupacionais não deve ocorrer por meio de imposições externas, mas através de um diálogo técnico que integre o rigor das NRs aos modos de produção artesanais, preservando os valores, crenças e saberes ancestrais desses grupos.

Ademais, as negligências no ambiente laboral possuem um caráter insidioso, com patologias que se manifestam de forma cumulativa e tardia, exigindo uma revisão urgente das políticas de vigilância para interromper o nexo causal antes que os danos se tornem irreversíveis. A informalidade predominante nessas atividades resulta na subnotificação de dados, o que mascara a real magnitude da morbimortalidade no setor.

Portanto, a efetiva proteção ocupacional dos PCTs depende da criação de políticas públicas voltadas à educação profissional continuada que concilie o direito ao trabalho seguro com a preservação da identidade cultural. É imperativo que a qualificação profissional seja adotada sob uma perspectiva preventiva, garantindo que o desenvolvimento econômico e a tradição caminhem em conjunto com a dignidade e a saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais [Internet]. Diário Oficial da União. 2007 fev 8 [cited 2026 May 8]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
2. Brasil. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1977 [cited 2026 May 6]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm

3. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1): disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2024 [cited 2026 May 20]. Available from: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego

4. Piedras RC, Lima LL. Povos e comunidades tradicionais e a política de assistência social: uma revisão sistemática da literatura. Braz J Dev. 2022;8(8):56363-56382. DOI não encontrado.

5. Brasil. Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos [Internet]. Diário Oficial da União. 2024 maio 29 [cited 2025 Aug 18]. Available from: https://www.planalto.gov.br

6. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico. 8. ed. São Paulo: Atlas; 2017

7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2019.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2026 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br

9. Lopes LB. Impactos na inserção de campo autodeclarável de pertencimento a povos tradicionais (ciganos) nos prontuários de saúde de Pernambuco. In: Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Vigilância em Saúde e Atenção Primária: elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável [Internet]. Recife: SES-PE; 2025 [cited 2026 May 20]. Available from: fonte institucional SES-PE.

10. Brasil. Decreto nº 8.750, de 9 de maio de 2016. Institui o Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais [Internet]. Diário Oficial da União. 2016 maio 10 [cited 2026 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br

11. Brasil. Decreto nº 12.128, de 1º de agosto de 2024. Institui o Plano Nacional de Políticas para Povos Ciganos [Internet]. Diário Oficial da União. 2024 ago 2 [cited 2026 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

(PNSIPN) [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 maio 14 [cited 2026 May 20]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br

13. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716/1989, nº 9.029/1995, nº 7.347/1985 e nº 10.778/2003 [Internet]. Diário Oficial da União. 2010 jul 21 [cited 2026 May 20]. Available from: https://www.planalto.gov.br

14. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 6 (NR-6): equipamento de proteção individual (EPI) [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

15. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4): serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7): programa de controle médico de saúde ocupacional [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

17. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 9 (NR-9): avaliação e controle das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2021 [cited 2026 May 20].

18. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 17 (NR-17): ergonomia [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

19. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 12 (NR-12): segurança no trabalho em máquinas e equipamentos [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

20. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 10 (NR-10): segurança em instalações e serviços em eletricidade [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

21. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 15 (NR-15): atividades e operações insalubres [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

22. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 20 (NR-20): segurança e saúde no trabalho com inflamáveis e combustíveis [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

23. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 21 (NR-21): trabalhos a céu aberto [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 1978 [cited 2026 May 20].

24. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 35 (NR-35): trabalho em altura [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2023 [cited 2026 May 20].

25. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 33 (NR-33): segurança e saúde nos trabalhos em espaços confinados [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

26. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 34 (NR-34): condições e meio ambiente de trabalho na indústria da construção, reparação e desmonte naval [Internet]. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2022 [cited 2026 May 20].

05 SAÚDE E AXÉ, SABERES ANCESTRAIS NO ENFRENTAMENTO AO RACISMO: HOMENAGEM ÀS YALORIXÁS DE OLINDA

Carmem Alves Cavalcanti[1]
Igor Duque Granja[2]
Diego Filipe Ramalho do Nascimento[2]
Inês de Moura Tenório[3]

[1]Secretaria Municipal de Saúde de Olinda, Olinda, Pernambuco, Brasil
[2]Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap5

RESUMO

O presente relato de experiência descreve a ação "Saúde e Axé: Saberes e Práticas Ancestrais no Enfrentamento ao Racismo", realizada no município de Olinda (PE), com foco na valorização das religiões de matriz africana como espaços de promoção da saúde e resistência cultural. A iniciativa homenageou 35 mulheres líderes religiosas, em alusão ao Dia da Mulher Negra Latino-Americana e Caribenha, reconhecendo-as como agentes de cuidado e guardiãs de saberes ancestrais. A metodologia adotada foi participativa, culturalmente referenciada e centrada no protagonismo feminino. Os resultados evidenciam o fortalecimento da articulação entre gestão pública e comunidades tradicionais, além da ampliação da compreensão sobre práticas integrativas e enfrentamento ao

racismo estrutural. Conclui-se que o reconhecimento dos saberes ancestrais contribui para práticas de saúde mais equitativas, humanizadas e culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: Saúde da população negra, Racismo estrutural, Saberes ancestrais, Religiões de matriz africana, Equidade em saúde

INTRODUÇÃO

A saúde da população negra no Brasil é atravessada por determinantes sociais que refletem desigualdades históricas estruturadas pelo racismo, influenciando diretamente as condições de vida, adoecimento e acesso aos serviços de saúde[1,2]. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) destaca a necessidade de reconhecer saberes tradicionais e práticas culturais como elementos fundamentais na promoção do cuidado integral e na redução das iniquidades em saúde[2].

As religiões de matriz africana, historicamente marginalizadas por processos de discriminação e intolerância religiosa, constituem importantes espaços de acolhimento, escuta, proteção social e produção de cuidado. Nesses territórios, a espiritualidade, a ancestralidade e os vínculos comunitários atuam como elementos fundamentais para a promoção da saúde e do bem-estar coletivo[3,4].

Os terreiros configuram-se como territórios de resistência cultural e produção de saúde, onde mulheres negras desempenham papel central na organização comunitária, na transmissão de conhecimentos tradicionais e no cuidado coletivo[5,6]. As Yalorixás, em especial, exercem funções de liderança que ultrapassam a dimensão religiosa, atuando como referências de acolhimento, orientação e fortalecimento das redes comunitárias.

Além disso, a valorização dos saberes ancestrais dialoga com a perspectiva ampliada de saúde defendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende o cuidado como resultado da interação entre aspectos biológicos, sociais, culturais e espirituais[7,8]. Nesse sentido, reconhecer as lideranças religiosas afro-brasileiras

como agentes promotores de saúde representa um passo importante para a construção de políticas públicas mais inclusivas, antirracistas e culturalmente sensíveis.

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da ação "Saúde e Axé", realizada no município de Olinda, destacando a valorização das Yalorixás e dos saberes ancestrais como estratégias de promoção da saúde e enfrentamento ao racismo.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de abordagem qualitativa, fundamentado na sistematização de uma ação desenvolvida no município de Olinda, Pernambuco, no dia 30 de julho de 2025. A iniciativa foi estruturada a partir de uma metodologia participativa, culturalmente referenciada e alinhada aos princípios da valorização da diversidade cultural e do protagonismo feminino[9].

Inicialmente, foram selecionados 35 terreiros de matriz africana do município. Nos espaços liderados por Yalorixás, estas foram automaticamente indicadas para receber a homenagem. Nos terreiros conduzidos por Babalorixás, foi solicitada a indicação de uma mulher representante da força feminina da casa, contemplando categorias como Ekedes, Yabás, Yabassés, Juremeiras e madrinhas e outras lideranças reconhecidas pela comunidade.

A programação teve início com uma mesa de abertura composta por representantes da gestão pública, profissionais da saúde e lideranças religiosas, reforçando a importância do diálogo intersetorial na promoção da equidade racial e da saúde da população negra.

Em seguida, ocorreram momentos de valorização da cultura afro-brasileira e dos saberes ancestrais, nos quais as participantes compartilharam experiências relacionadas à espiritualidade, ao cuidado comunitário e às trajetórias de enfrentamento ao racismo religioso. As manifestações culturais ocorreram de forma espontânea, promovendo o fortalecimento da identidade coletiva, do pertencimento e da ancestralidade.

O microfone permaneceu aberto para relatos livres das participantes, possibilitando reflexões sobre práticas de cuidado desenvolvidas nos terreiros, estratégias de acolhimento comunitário e desafios enfrentados pelas mulheres negras em seus territórios.

O encerramento contemplou diferentes expressões das tradições afro-brasileiras e da Jurema Sagrada, reafirmando o respeito à diversidade religiosa e cultural presente no município.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A ação "Saúde e Axé" evidenciou resultados significativos no fortalecimento do protagonismo feminino nas religiões de matriz africana. As 35 mulheres homenageadas foram reconhecidas publicamente como agentes de saúde, educadoras populares e guardiãs de saberes ancestrais, contribuindo para a valorização de suas trajetórias e práticas comunitárias.

Observou-se o fortalecimento do diálogo entre a gestão pública e as comunidades tradicionais, ampliando a compreensão institucional acerca da relevância dos terreiros como espaços de promoção da saúde, acolhimento e proteção social.

Figura 1. Mesa de abertura da ação "Saúde e Axé: Saberes Ancestrais no Enfrentamento ao Racismo", reunindo representantes da gestão pública, profissionais de saúde e lideranças religiosas.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 2. Momento de expressão cultural e ancestral durante a programação da ação "Saúde e Axé", com participação de Ogãs Alabês músicos e representantes das tradições afro-brasileiras, evidenciando a música, a oralidade e os saberes tradicionais como instrumentos de resistência, promoção da saúde e enfrentamento ao racismo.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 3. Participação das Yalorixás, Ekedes, Yabassés e demais lideranças femininas durante a cerimônia de homenagem.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 4. Momento de acolhimento e registro das participantes, evidenciando o protagonismo das mulheres das religiões de matriz africana.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 5. Fotografia oficial das homenageadas ao término da ação, destacando o reconhecimento institucional das lideranças femininas dos terreiros de Olinda.



Fonte: Acervo pessoal.

A iniciativa promoveu maior visibilidade às práticas de cuidado desenvolvidas nos terreiros, favorecendo o reconhecimento dos saberes tradicionais como componentes legítimos da produção da saúde integral.

As falas das participantes evidenciaram experiências marcadas pelo enfrentamento ao racismo religioso, pela resistência cultural e pela construção de estratégias coletivas de cuidado. Também foi identificado fortalecimento das redes de apoio entre lideranças religiosas e aumento do sentimento de pertencimento e autoestima das homenageadas.

Além disso, verificou-se sensibilização dos profissionais e gestores presentes quanto à importância da cultura afro-brasileira na construção de práticas de saúde mais humanizadas, inclusivas e culturalmente referenciadas.

DISCUSSÃO

Os resultados observados corroboram estudos que reconhecem os terreiros de matriz africana como importantes espaços de promoção da saúde, acolhimento e fortalecimento dos vínculos comunitários. Para além da dimensão religiosa, esses territórios constituem redes de proteção social que historicamente contribuem para o enfrentamento das vulnerabilidades vivenciadas pela população negra[3,4].

A experiência relatada evidencia que os saberes ancestrais presentes nas práticas afro-religiosas dialogam diretamente com a concepção ampliada de saúde defendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que compreende o cuidado como resultado da interação entre fatores biológicos, sociais, culturais e espirituais. Nesse sentido, as práticas desenvolvidas nos terreiros aproximam-se dos princípios da integralidade e da humanização do cuidado preconizados pelas políticas públicas de saúde[7,8].

A valorização das Yalorixás e demais lideranças femininas mostra-se especialmente relevante diante do reconhecimento do papel histórico das mulheres negras na preservação da memória,

da cultura e das estratégias coletivas de resistência. Conforme destaca Carneiro[5], as mulheres negras ocupam posição central nos processos de enfrentamento das desigualdades raciais e de gênero, contribuindo para a construção de práticas emancipatórias em diferentes espaços sociais.

Outro aspecto relevante refere-se aos impactos do racismo religioso e institucional na saúde da população negra. Werneck[1] ressalta que o racismo constitui um importante determinante social da saúde, produzindo barreiras de acesso aos serviços, invisibilização de saberes tradicionais e desigualdades nas condições de vida e adoecimento. Dessa forma, iniciativas que promovem o reconhecimento institucional das religiões de matriz africana contribuem diretamente para a implementação dos princípios da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra[2].

A ação também demonstrou a importância da aproximação entre gestão pública e comunidades tradicionais, favorecendo a construção de políticas mais inclusivas e culturalmente sensíveis. O diálogo estabelecido durante o evento possibilitou reconhecer diferentes formas de produção do cuidado e ampliar a participação social na formulação de estratégias voltadas à promoção da equidade racial.

Assim, a experiência "Saúde e Axé" evidencia que o reconhecimento dos saberes ancestrais fortalece identidades, promove cidadania, amplia o acesso ao cuidado e contribui para a construção de práticas de saúde pautadas na equidade, no respeito à diversidade e na justiça social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência "Saúde e Axé" reafirma a potência dos terreiros como espaços legítimos de promoção da saúde, acolhimento, resistência cultural e fortalecimento comunitário. Ao homenagear as Yalorixás e demais lideranças femininas dos terreiros de Olinda, a iniciativa reconheceu a contribuição dessas mulheres para a preservação dos saberes ancestrais e para a construção de

práticas de cuidado baseadas na solidariedade, na espiritualidade e na ancestralidade.

Valorizar os saberes tradicionais é também enfrentar o racismo estrutural e religioso, fortalecer identidades e promover justiça social. O diálogo entre políticas públicas e comunidades tradicionais mostra-se fundamental para a construção de um sistema de saúde mais equitativo, inclusivo e culturalmente sensível.

Experiências como esta demonstram que a integração entre saúde, cultura e ancestralidade constitui uma estratégia potente para a promoção da equidade racial e para o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016;25(3):535-549.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: MS; 2017.
3. Silva V. Orixás da metrópole. São Paulo: EDUSP; 2005.
4. Santos J. Os nagô e a morte. Petrópolis: Vozes; 2012.
5. Carneiro S. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro; 2011.
6. Gomes NL. O movimento negro educador. Petrópolis: Vozes; 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: MS; 2013.
8. Luz M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas. Physis. 2005;15(1):145-176.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

06 SAÚDE PRISIONAL E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO: ANÁLISE DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM PERNAMBUCO

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Merielly Mariano Bezerra de Araújo
Dayvson Silva dos Santos
Anna Beatriz Leite D'andrada
Maria Júlia de Souza Nascimento

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap6

RESUMO

A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (PPL) constitui um dos campos mais complexos para os sistemas de saúde, especialmente em contextos marcados por desigualdades estruturais. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) institui a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado no sistema prisional, propondo sua articulação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, a implementação desse modelo ocorre em um cenário atravessado por restrições institucionais, disputas de racionalidade e limites operacionais. Este estudo analisa o Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade desenvolvido no estado de Pernambuco, com ênfase em seus fundamentos,

estrutura organizativa e processo de implementação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza analítico-interpretativa, orientada pela sistematização de experiências, com base em documentos normativos, registros institucionais e referencial teórico da Saúde Coletiva. Os resultados evidenciam um modelo estruturado a partir da determinação social da saúde, da centralidade do sujeito e da APS como coordenadora do cuidado, organizado por eixos assistenciais, dimensões de gestão e dispositivos operacionais. A análise crítica revela, contudo, que sua implementação é tensionada por condicionantes próprios do sistema prisional, como a centralidade da lógica securitária, a dependência intersetorial e as limitações de governabilidade do setor saúde. Conclui-se que, embora o modelo represente um avanço na organização do cuidado, sua efetividade é condicionada por contradições estruturais que ultrapassam o campo sanitário, evidenciando a necessidade de fortalecimento da governança intersetorial e de enfrentamento das desigualdades que marcam o encarceramento.

Palavras-chave: Saúde prisional, Atenção primária à saúde, Sistema prisional, Determinação social da saúde

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade (PPL) configura-se como um dos campos mais desafiadores para os sistemas de saúde contemporâneos, especialmente em contextos marcados por profundas desigualdades sociais, como o brasileiro. A incorporação dessa população ao Sistema Único de Saúde (SUS) materializa o princípio da universalidade ao reconhecer o direito à saúde independentemente da condição jurídica dos sujeitos[1].

A criação da PNAISP, em 2014, institui a APS como ordenadora do cuidado no sistema prisional, em articulação com as RAS[2,3]. Contudo, a transposição desse marco normativo para a prática cotidiana revela limites persistentes, como fragmentação assistencial, baixa integração em rede e condicionantes institucio-

nais próprias do ambiente carcerário. Esses elementos indicam que a operacionalização da APS como ordenadora do cuidado, embora conceitualmente consistente, demanda adaptações específicas para contextos de privação de liberdade.

A literatura recente aponta que o cárcere não apenas concentra agravos, mas produz ativamente processos de adoecimento, especialmente no campo das doenças infecciosas, agravos de saúde mental e condições crônicas negligenciadas[4-6]. Tal configuração reforça que a saúde prisional não pode ser compreendida fora do marco da determinação social da saúde, que explicita o papel das desigualdades estruturais e da violência institucional na produção de iniquidades[7].

Além disso, o encarceramento em massa pode ser compreendido como expressão de transformações mais amplas nas formas de gestão da pobreza e da desigualdade, nas quais o sistema penal assume papel central na regulação de populações marginalizadas[8]. Essa compreensão amplia o olhar sobre a saúde prisional, situando-a para além do campo estritamente sanitário e evidenciando a necessidade de respostas articuladas entre diferentes políticas públicas.

Ao mesmo tempo, o sistema prisional opera como dispositivo de controle que regula corpos, tempos e acessos, tensionando diretamente a produção do cuidado em saúde[9]. Assim, a efetivação do direito à saúde no cárcere não se reduz à ampliação da oferta de serviços, mas envolve a disputa entre racionalidades distintas, sanitária e securitária, que atravessam o cotidiano institucional.

Diante desse cenário, o desenvolvimento de modelos organizativos exige não apenas coerência técnica, mas capacidade de operar em contextos de restrição e conflito. Este estudo analisa o Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade de Pernambuco, enfatizando seus fundamentos, sua implementação no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e seus limites na garantia do direito à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza analítico-interpretativa, orientado pela sistematização de experiências como estratégia de produção de conhecimento a partir de práticas institucionais concretas. Essa abordagem permite não apenas descrever intervenções, mas analisá-las criticamente em seus contextos de produção, reconhecendo suas contradições, limites e potencialidades[10].

O objeto de análise é o processo de formulação e implementação do Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade no estado de Pernambuco, desenvolvido no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde. Parte-se do entendimento de que esse processo não se configura como uma intervenção acabada, mas como uma construção em curso, atravessada por disputas institucionais, condicionantes operacionais e diferentes racionalidades de gestão.

Foram utilizadas como fontes de análise:

- Documentos normativos nacionais e estaduais relacionados à PNAISP e à organização da saúde prisional;
- Materiais técnicos e instrumentos orientadores do modelo;
- Registros institucionais produzidos no âmbito da gestão estadual;
- Referencial teórico da Saúde Coletiva, com ênfase nos debates sobre determinação social da saúde, APS e RAS.

Os documentos e materiais foram selecionados com base em sua relevância para o processo de formulação e implementação do modelo, contemplando aqueles que orientaram decisões estratégicas, organização dos fluxos assistenciais e estruturação das ações no âmbito estadual.

A análise foi conduzida a partir de um conjunto de categorias teórico-analíticas previamente definidas: determinação social da saúde, centralidade do sujeito, coordenação do cuidado, integração em rede, intersetorialidade e tensões entre cuidado e controle.

Essas categorias foram utilizadas como eixos interpretativos para a leitura do material empírico.

O processo analítico ocorreu por meio da leitura aprofundada e organização temática dos conteúdos, buscando relacionar os elementos normativos e institucionais às condições concretas de implementação do modelo.

Mais do que organizar os elementos do modelo, buscou-se compreender como esses componentes se materializam (ou não) no contexto concreto do sistema prisional, considerando as mediações institucionais que condicionam sua implementação. Nesse sentido, o modelo foi analisado como um dispositivo técnico e político, cuja operacionalização depende de processos de negociação, adaptação e disputa no interior da gestão pública.

Reconhece-se, como limite e ao mesmo tempo como potencialidade do estudo, o fato de a análise estar situada no interior do processo de implementação, o que permite acesso privilegiado às dinâmicas institucionais, ao mesmo tempo em que exige exercício de constante reflexividade crítica sobre o lugar dos autores na produção e interpretação dos dados.

Assim, buscou-se conduzir a análise de forma a valorizar a experiência institucional, sem desconsiderar seus limites, contribuindo para o aprimoramento do modelo e para sua potencial replicabilidade em outros contextos.

RESULTADOS

Fundamentos do modelo

O Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade estrutura-se a partir de três fundamentos teórico-operacionais que orientam sua lógica de organização e funcionamento.

O primeiro refere-se à determinação social da saúde, que compreende o encarceramento como um processo ativo na produção de vulnerabilidades, atravessado por desigualdades sociais, insti-

tucionais e sanitárias[7]. Essa perspectiva desloca a análise do adoecimento de uma lógica individual para uma abordagem estrutural, permitindo reconhecer o cárcere como território produtor de riscos e agravos. Tal fundamento orienta a priorização de ações baseadas em necessidades coletivas e na leitura ampliada das condições de saúde da população privada de liberdade.

O segundo fundamento é a centralidade da PPL, reconhecida como sujeito de direitos e eixo organizador do cuidado, em consonância com os princípios da universalidade e equidade do SUS[1]. Essa diretriz orienta a superação de práticas fragmentadas e centradas exclusivamente na doença, incorporando dimensões como vínculo, escuta qualificada e singularidade dos sujeitos. Sua operacionalização implica reorganização dos processos de trabalho das equipes, com ênfase na continuidade do cuidado e na responsabilização sanitária.

O terceiro fundamento estabelece a APS como ordenadora do cuidado, responsável pela coordenação das ações, pelo acompanhamento longitudinal e pela articulação com os demais pontos da RAS[3,11]. No contexto prisional, essa função demanda estratégias específicas de articulação com outros setores e serviços, considerando as restrições institucionais que incidem sobre o acesso e a continuidade da atenção.

A articulação desses três elementos conforma uma base conceitual que sustenta a organização do modelo e orienta a produção do cuidado em uma perspectiva integral, contínua e equânime.

Estrutura organizativa do modelo

A partir desses fundamentos, o modelo organiza-se como um arranjo sistêmico composto por três componentes interdependentes: eixos estruturantes do cuidado, dimensões estruturantes da gestão e dispositivos operacionais.

Os eixos estruturantes do cuidado constituem o núcleo organizador das práticas assistenciais, sendo compostos pela vigilância em saúde, pelas linhas de cuidado e pela gestão e navegação do

cuidado. Esses elementos articulam-se de forma integrada, permitindo a identificação de necessidades, a organização das respostas assistenciais e a coordenação do cuidado ao longo do tempo, em consonância com a lógica das RAS[1]. Sob tal ótica, a organização do modelo favorece a superação de práticas fragmentadas.

As dimensões estruturantes da gestão e do sistema garantem as condições institucionais para a implementação do modelo, incluindo a integração com a RAS, a regionalização, a intersetorialidade e o apoio institucional. Essas dimensões expressam que a produção do cuidado no contexto prisional depende de arranjos organizativos complexos e de articulações interfederativas[9].

Por sua vez, os dispositivos operacionais do cuidado materializam o modelo no cotidiano das equipes, organizando o processo de trabalho e qualificando o acesso e a continuidade da atenção. Destacam-se o acolhimento, a busca ativa, a estratificação de risco, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares e o acompanhamento longitudinal, elementos centrais na organização da APS[3].

Essa estrutura permite articular, de forma integrada, análise da situação de saúde, planejamento e execução das ações, configurando um modelo orientado por necessidades e baseado em lógica de cuidado contínuo. Para tanto, sua consolidação depende da disponibilidade de recursos, da qualificação das equipes, do monitoramento sistemático e da organização efetiva da rede de atenção.

Representação do modelo e sua lógica de funcionamento

A organização do modelo pode ser compreendida a partir de sua representação gráfica (Figura 1), que sintetiza seus principais componentes e a lógica de articulação entre eles.

Figura 1. Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade de Pernambuco.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

No centro do modelo encontra-se a PPL, evidenciando sua posição como sujeito do cuidado. Como base estruturante, situa-se a determinação social da saúde, que orienta a leitura do território prisional e a compreensão dos processos de adoecimento[4].

A partir desse fundamento, organizam-se os eixos estruturantes do cuidado (vigilância em saúde, linhas de cuidado e gestão do cuidado) que constituem o núcleo operativo do modelo. Esses eixos são sustentados por dimensões estruturantes da gestão, responsáveis por viabilizar a integração em rede e a operacionalização das ações.

A representação evidencia a interdependência entre os componentes do modelo, indicando a necessária articulação entre as

dimensões assistenciais e de gestão. Bem como, que o modelo está orientado pelos princípios da integralidade, equidade e longitudinalidade do cuidado, e que sua efetividade depende da articulação permanente com a RAS[9].

Vigilância em saúde como eixo estruturante

A vigilância em saúde assume papel central no modelo, atuando como elemento estruturante para a identificação de necessidades, definição de prioridades e organização das ações de cuidado. Sua atuação baseia-se na análise sistemática de informações epidemiológicas, demográficas e assistenciais, permitindo a identificação de padrões de adoecimento e grupos prioritários. No contexto prisional, essa abordagem é particularmente relevante diante da elevada carga de doenças transmissíveis, como tuberculose e HIV, bem como da presença significativa de agravos crônicos e de saúde mental[4,5].

Para além de sua dimensão informacional, a vigilância em saúde orienta o planejamento das ações, subsidia a tomada de decisão e contribui para a organização do cuidado em base populacional, fortalecendo a atuação proativa das equipes[9]. Destaca-se, para tanto, a necessidade de ampliar a integração entre produção de dados e tomada de decisão no âmbito da saúde prisional, de modo a potencializar seu papel na reorganização das práticas assistenciais.

Linhas de cuidado prioritárias

A organização das respostas assistenciais no modelo se dá por meio da estruturação de linhas de cuidado, definidas a partir do perfil epidemiológico da PPL.

Destacam-se como prioritárias as linhas relacionadas à tuberculose, às infecções sexualmente transmissíveis, às doenças crônicas não transmissíveis, à saúde mental e à saúde da mulher e da pessoa com útero, conforme evidenciado na literatura sobre o perfil de saúde da população prisional[4,5,12].

Essas linhas orientam a definição de fluxos assistenciais, a organização de protocolos e a alocação de recursos, permitindo a superação de práticas episódicas e fragmentadas. Ao estruturar o cuidado a partir de condições prioritárias, o modelo contribui para a qualificação da atenção e para a garantia da integralidade[9].

Nesse sentido, para consolidação do modelo reforça-se à necessidade da pactuação entre serviços, da formalização de fluxos e do acesso oportuno aos diferentes pontos da rede.

Gestão e navegação do cuidado

A gestão e navegação do cuidado constituem um componente estratégico do modelo, voltado à coordenação das ações e à garantia da continuidade assistencial.

Esse eixo envolve o acompanhamento longitudinal dos usuários, a regulação do acesso aos diferentes níveis de atenção, a articulação intersetorial e o monitoramento sistemático dos casos. A navegação do cuidado atua como dispositivo ativo na mediação entre usuários, equipes e serviços, reduzindo barreiras de acesso e evitando descontinuidades no percurso assistencial[11,12].

No contexto prisional, marcado por restrições institucionais e logísticas, essa função assume papel ainda mais relevante, contribuindo para a efetivação dos itinerários terapêuticos[6].

Tecnologias do cuidado no contexto prisional

A análise dos componentes operacionais do modelo permite compreender que os dispositivos mobilizados no cotidiano das equipes configuram-se como tecnologias do cuidado, na medida em que organizam práticas, estruturam o processo de trabalho e viabilizam a produção da atenção à saúde no contexto prisional.

Essas tecnologias incluem o acolhimento, a busca ativa, a estratificação de risco, a construção de PTS, a navegação do cuidado e o acompanhamento longitudinal, atuando de forma integrada na organização do acesso, na definição de prioridades assistenciais e na coordenação do cuidado. Tais dispositivos articulam dimensões

clínicas, organizacionais e relacionais, permitindo a operacionalização das diretrizes da APS no interior das unidades prisionais.

Observa-se a predominância de tecnologias leves e leve-duras, expressas na centralidade da escuta qualificada, na construção de vínculo e na responsabilização das equipes pelo acompanhamento contínuo dos usuários. No contexto prisional, caracterizado por restrições de acesso e mediações institucionais, essas tecnologias assumem papel estratégico ao mediar a relação entre usuários, equipes e serviços, contribuindo para a redução de descontinuidades assistenciais e para a organização de fluxos mais resolutivos no interior do sistema.

DISCUSSÃO

A análise do Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade evidencia um esforço consistente de reorganização do cuidado no sistema prisional, particularmente ao articular a APS, vigilância em saúde e integração em rede. No entanto, sua implementação no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco revela que esse arranjo não se materializa de forma linear ou homogênea, sendo atravessado por condicionantes institucionais, disputas de poder e limites operacionais que tensionam sua efetividade. Nesse sentido, observa-se que a implementação do modelo ocorre de forma gradual, demandando ajustes contínuos e estratégias de adaptação às especificidades do contexto prisional.

A adoção da APS como ordenadora do cuidado, embora amplamente respaldada na literatura e nas normativas do SUS[3,11], encontra no contexto prisional um conjunto específico de obstáculos que relativizam sua capacidade de coordenação. Diferentemente de outros territórios, a APS no cárcere não detém governabilidade plena sobre o acesso dos usuários aos serviços, estando condicionada a dispositivos externos, como regras de segurança, disponibilidade de escolta e rotinas institucionais. Esse deslocamento de autonomia compromete atributos centrais da APS, como o acesso oportuno, a

longitudinalidade e a coordenação do cuidado, evidenciando uma tensão entre o modelo preconizado e sua viabilidade prática[12,13].

A incorporação da vigilância em saúde como eixo estruturante representa, uma tentativa de superar práticas reativas e fragmentadas, aproximando o cuidado de uma lógica territorial e populacional. Contudo, a análise do processo de implementação indica que a transformação da informação em ação permanece como um desafio significativo. A produção de dados epidemiológicos, embora necessária, não garante, por si só, a reorganização das práticas, sobretudo em contextos onde a capacidade de intervenção é limitada por fatores institucionais. Assim, a vigilância tende a oscilar entre seu potencial estruturante e sua redução a um instrumento informacional pouco integrado à gestão do cuidado[5,14]. Portanto, destaca-se a importância de fortalecer o uso das informações produzidas na vigilância como instrumento de planejamento e organização das práticas assistenciais.

Outro aspecto relevante refere-se à intersetorialidade, frequentemente apresentada como condição para a efetivação da atenção à saúde no sistema prisional. No entanto, no plano concreto, essa articulação se dá em um campo assimétrico, no qual o setor saúde não detém centralidade decisória. A relação com a administração penitenciária, embora indispensável, é marcada por racionalidades distintas, enquanto a saúde orienta-se pela produção do cuidado, o sistema prisional estrutura-se a partir da lógica do controle. Essa divergência não é meramente operacional, mas expressa projetos institucionais distintos, que se materializam em conflitos cotidianos na organização das ações[9,13].

Nesse contexto, a implementação do modelo pode ser compreendida como um processo de negociação permanente, no qual a produção do cuidado depende da capacidade de mediação entre diferentes atores institucionais. Tal dinâmica evidencia limites da governança do SUS em contextos de forte dependência intersetorial, nos quais a garantia de direitos não se realiza exclusivamente no interior do setor saúde. Nesse sentido, o fortalecimento da

gestão e da coordenação intersetorial configuram elementos estratégicos para a consolidação do modelo.

A análise também permite problematizar a incorporação da determinação social da saúde como fundamento do modelo. Embora essa perspectiva amplie a compreensão do processo saúde-doença e reconheça o encarceramento como produtor de vulnerabilidades[7], sua operacionalização enfrenta limites concretos. A dificuldade de intervir sobre determinantes estruturais, como desigualdade social, racismo e violência institucional, restringe a capacidade do modelo de produzir mudanças mais profundas nas condições de saúde da PPL. Essa dinâmica dialoga com análises que apontam o sistema penal como instrumento de gestão das desigualdades sociais, no qual populações historicamente vulnerabilizadas são sistematicamente capturadas e mantidas em circuitos institucionais de exclusão[8].

A literatura internacional tem apontado que sistemas prisionais, especialmente em países de média renda, operam como amplificadores de iniquidades em saúde, concentrando populações já vulnerabilizadas e intensificando processos de adoecimento[6,14]. Nesse sentido, a experiência de Pernambuco não se apresenta como exceção, mas como expressão localizada de um fenômeno global, no qual a saúde prisional ocupa posição periférica nas agendas de política pública.

A centralidade da PPL, por sua vez, constitui um avanço importante no plano ético e normativo, ao reafirmar o direito à saúde como universal1. Entretanto, sua materialização no cotidiano das práticas encontra barreiras que extrapolam a dimensão técnico-assistencial. A persistência de estigmas, a institucionalização da desigualdade e as limitações de acesso configuram um cenário no qual o reconhecimento formal de direitos não se traduz automaticamente em sua efetivação.

A gestão e navegação do cuidado emergem, nesse cenário, como estratégias fundamentais para enfrentar descontinuidades e garantir algum grau de coordenação assistencial. Contudo, sua

atuação tende a assumir um caráter compensatório, operando para mitigar falhas estruturais do sistema, em vez de superá-las. Essa característica reforça a ideia de que o modelo, embora inovador, ainda se desenvolve em condições que limitam seu potencial transformador.

Dessa forma, o modelo não se configura como solução acabada, mas como dispositivo em construção, cuja implementação revela simultaneamente avanços e limites. Ao mesmo tempo em que amplia a capacidade de organização do cuidado, expõe restrições estruturais à efetivação do direito à saúde. Nesse horizonte, o sistema prisional pode ser interpretado como espaço de gestão diferencial da vida, no qual determinadas populações são sistematicamente expostas à vulnerabilidade. Tal leitura tensiona a própria possibilidade de efetivação de direitos em contextos marcados por controle e restrição[15].

Nesse sentido, seu aprimoramento depende do fortalecimento da gestão, da qualificação dos processos de trabalho e da ampliação da articulação intersetorial, elementos fundamentais para sua consolidação no âmbito do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Modelo de Atenção Integral à Saúde em Contextos de Privação de Liberdade de Pernambuco representa um esforço relevante de reorganização do cuidado em saúde no sistema prisional, ao propor uma estrutura baseada na integração entre Atenção Primária, vigilância em saúde e redes assistenciais. Esse arranjo contribui para qualificar a organização das práticas e ampliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população privada de liberdade.

Entretanto, sua análise evidencia que a implementação desse modelo não ocorre em um cenário neutro ou plenamente governável pelo setor saúde. Ao contrário, desenvolve-se em um ambiente institucional marcado por restrições, disputas e assimetrias de poder, que condicionam tanto o acesso quanto a continuidade

do cuidado. Nesse contexto, a operacionalização do modelo depende da capacidade de adaptação às condições institucionais e do fortalecimentos de estratégias de articulação entre os diferentes atores envolvidos.

A experiência analisada revela que a garantia do direito à saúde das PPL não pode ser compreendida apenas como um problema de organização dos serviços, mas como expressão de contradições estruturais mais amplas. A dependência de outros setores, a centralidade da lógica securitária e a persistência de desigualdades sociais limitam a capacidade de implementação plena dos princípios do SUS.

Ao mesmo tempo, o modelo apresenta potencial ao produzir deslocamentos importantes na forma de organizar o cuidado, especialmente ao incorporar a vigilância em saúde, fortalecer a coordenação assistencial e afirmar a centralidade do sujeito. Esses avanços, contudo, devem ser compreendidos como processos em construção.

A experiência de Pernambuco sugere que a consolidação de modelos de atenção à saúde prisional exige não apenas aprimoramentos técnicos, mas também o fortalecimento da governança intersetorial e o enfrentamento de determinantes estruturais do encarceramento. Sem esses elementos, há o risco de que inovações organizativas operem de forma limitada, sem produzir mudanças substantivas nas condições de saúde da população.

Nesse sentido, torna-se imperativo a institucionalização de espaços de pactuação, a definição de responsabilidades entre setores e o fortalecimento da gestão configuram-se como elementos estratégicos para a sustentabilidade do modelo.

Por fim, reafirma-se que a saúde prisional constitui um campo estratégico para o SUS, na medida em que explicita, de forma intensificada, os desafios da universalidade e da equidade. A efetivação do direito à saúde nesse contexto permanece como um horizonte a ser construído, tensionando permanentemente os limites institucionais e políticos do sistema.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Dara M, Acosta CD, Melchers NVSV, Al-Darraji HAA, Chorgoliani D, Reyes H, et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. Int J Infect Dis. 2015;32:111-117. doi:10.1016/j.ijid.2014.12.029.
5. World Health Organization. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
6. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet. 2011;377(9769):956-965. doi:10.1016/S0140-6736(10)61053-7.
7. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
8. Wacquant L. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Revan; 2001.
9. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 27. ed. Petrópolis: Vozes; 1987
10. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
12. Massoglia M, Remster B, Link BG. The health of incarcerated populations. Annu Rev Sociol. 2021;47:291-310. doi:10.1146/annurev-soc-090320-021913.
13. Sánchez A, Larouzé B. Controle da tuberculose nas prisões brasileiras: novos desafios para a saúde pública. Rev Saude Publica. 2016;50:49.
14. World Health Organization. Global health in prisons: addressing the health needs of people in detention. Geneva: World Health Organization; 2021.
15. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018

07 VIGILÂNCIA DE DADOS E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA GESTÃO ESTADUAL: RELATO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO VIA ARQUITETURA DE PAINÉIS INTELIGENTES E AUTÔNOMOS

Gabriella Diogo da Silva[1]
Matheus Gomes Magalhães Leiros[2]
Mariana Alves Lemos[2]
Rodrigo Cardoso dos Santos[2]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap7

RESUMO

Este relato descreve o desenvolvimento e implementação de solução tecnológica low-code voltada à descentralização do monitoramento de indicadores da Atenção Primária à Saúde (APS) em Pernambuco. Estruturou-se um ecossistema de 12 painéis regionais independentes e um painel estadual consolidado, com arquitetura baseada em consulta dinâmica e proteção de dados por escopo territorial. A validação ocorreu por formulário estruturado aplicado às referências técnicas das GERES. Os resultados preliminares indicam avanço na cultura de vigilância de dados nas regionais, redução do tempo de identificação de lacunas assistenciais e fortalecimento da governança regional.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Indicadores de saúde, Monitoramento, Sistemas de informação em saúde, Gestão em saúde

INTRODUÇÃO

A gestão contemporânea do SUS enfrenta o desafio de converter volumes massivos de dados em inteligência aplicada à tomada de decisão. Na APS, esse desafio é amplificado pela complexidade do cofinanciamento federal, especialmente após a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, que instituiu nova metodologia de repasse com base em vínculo, acompanhamento territorial e qualidade assistencial[1].

Em Pernambuco, a SES-PE coordena 185 municípios (incluído o distrito de Fernando de Noronha) articulados em 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Historicamente, o monitoramento dos indicadores sofria com centralização excessiva, limitando a capacidade de intervenção oportuna das regionais[2]. Starfield define acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado como atributos essenciais da APS[3], e o uso qualificado da informação é condição indispensável para que gestores identifiquem disparidades e orientem intervenções em direção a esses atributos[4].

Este relato descreve a experiência da Coordenação Estadual de Informações da APS no desenvolvimento e implantação de um ecossistema de painéis dinâmicos no Google Sheets, voltado à descentralização do monitoramento dos indicadores de cofinanciamento para as 12 GERES de Pernambuco, com interface consolidada de nível estadual. Assim, a solução baseada em tecnologias low-code e já disponíveis no ambiente institucional representa um passo importante na transformação digital da gestão estadual da APS.

METODOLOGIA

A intervenção foi estruturada sob a lógica de arquitetura de dados distribuída, priorizando a autonomia das regionais sem comprometer a integridade do repositório central. O desenvolvimento seguiu quatro eixos metodológicos principais.

Extração e organização dos dados

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SIAPS), plataforma federal que consolida o desempenho dos municípios nos indicadores de cofinanciamento da APS, cujo acesso se dá por meio de credencial institucional restrita ao nível de gestão estadual. Após higienização e padronização, foram organizados em repositório central no Google Sheets, estruturado com variáveis territoriais e de competência para alimentação automática dos painéis[5].

Arquitetura de dados e interoperabilidade Low-Code

Aplicou-se a função IMPORTRANGE combinada com a linguagem QUERY (sintaxe SQL-like) para extração automática dos registros por território, garantindo isolamento de dados e atualização a cada nova competência inserida. Fórmulas auxiliares como ARRAYFORMULA e FILTER foram empregadas para construir métricas derivadas e gráficos dinâmicos de desempenho[6].

Design de interface e usabilidade

A arquitetura da informação foi desenhada para maximizar a usabilidade. Implementaram-se cards para filtros e gráficos dinâmicos, formatação condicional adaptada ao número de unidades e sinalizadores cromáticos alinhados à classificação Ótimo, Bom, Suficiente e Regular do cofinanciamento federal.

Governança, validação e segurança da informação

Implementou-se protocolo de segurança em camadas com acesso por conta institucional por GERES, em conformidade com a LGPD[7]. A validação utilizou formulário estruturado junto às referências técnicas das GERES, em Escala Likert de 5 pontos, abrangendo sete dimensões: navegação, layout, compreensão dos indicadores, utilidade para a gestão, funcionalidade, avaliação geral e sugestões qualitativas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implementação resultou em 13 interfaces dinâmicas: 12 para as GERES e uma estadual consolidada (Figura 1). Cada painel regional exibe indicadores de qualidade das equipes de saúde da família (eSF) e atenção primária (eAP) por município, estabelecimento e equipe, com filtros por município e competência. A estrutura apresenta valores absolutos, razão de desempenho e classificação final, complementada por gráficos de barras e pizza para comparação com médias da GERES e do estado (Figura 2).

Figura 1. Painel geral consolidado de Indicadores do Saúde Brasil 360, restrito ao uso da gestão estadual.



Fonte: Arquivo pessoal, 2026.

Figura 2. Aba do indicador "C5. Cuidado da Pessoa com Hipertensão", incluso no painel restrito da VI GERES.



Fonte: Arquivo pessoal, 2026.

No que se refere a gestão do acesso, a disponibilização dos painéis propõe-se a organizar o fluxo de usuários e formalizar a comunicação. Embora a ferramenta ainda esteja sob validação nas áreas finalísticas, os feedbacks preliminares das referências técnicas das GERES indicam que a ferramenta tem potencial para qualificar as análises comparativas municipais. Assim, essa dinâmica preliminar caminha para uma possível redução da dependência do nível central e para o fortalecimento da autonomia das regionais na identificação de lacunas assistenciais e na orientação de ações em seus respectivos territórios.

Operacionalmente, a atualização é semiautomática: a cada nova competência inserida no repositório central, todos os 13 painéis são atualizados sem intervenção técnica nas interfaces regionais, reduzindo significativamente o tempo de disponibilização das informações às GERES.

DISCUSSÃO

A experiência de Pernambuco demonstra que a transformação digital na saúde pública não requer, necessariamente, alto investimento em softwares proprietários ou infraestrutura de Business Intelligence (BI) complexa. Nesse sentido, a estratégia low-code

tem se consolidado como uma abordagem inovadora, capaz de tornar o desenvolvimento de soluções tecnológicas mais acessível a profissionais sem familiaridade com programação, ampliando o potencial de adoção em contextos institucionais com recursos limitados[8]. Assim, a utilização de ferramentas já disponíveis no ambiente institucional provou ser uma estratégia de alta resolutividade para problemas complexos de vigilância de dados, alinhando eficiência técnica à viabilidade financeira da gestão pública em saúde[9].

Do ponto de vista da gestão em saúde, o modelo dialoga diretamente com os princípios da avaliação em saúde preconizados por Donabedian[10], cuja tríade estrutura-processo-resultado orienta a seleção e interpretação de indicadores assistenciais. Nessa perspectiva, os painéis desenvolvidos permitem o monitoramento contínuo de indicadores de processo e resultado da APS, e a disponibilização de dados em tempo oportuno para as GERES fortalece o papel dessas instâncias como apoio institucional aos municípios, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[11].

É importante destacar que a efetividade de sistemas de informação em saúde depende não apenas da qualidade técnica da ferramenta, mas do processo de Educação Permanente que a acompanha[12]. Ao envolver as referências técnicas regionais no processo de validação e feedback, estimula-se o desenvolvimento de competências para o uso qualificado da informação na gestão local, tornando o monitoramento de indicadores mais eficaz na identificação de gargalos e na orientação de intervenções em tempo oportuno. O monitoramento torna-se, assim, não apenas um instrumento técnico, mas um indutor de mudanças no processo de trabalho das equipes regionais[13].

A limitação central da solução reside na sua dependência de conectividade à internet, o que pode representar barreira em contextos com instabilidade de acesso à rede. Ademais, a sustentabilidade do modelo exige um processo contínuo de educação

permanente, considerando a rotatividade de profissionais e a necessidade de garantir que novos técnicos sejam incorporados ao fluxo de uso e atualização dos painéis. Por fim, a escalabilidade da solução para outros indicadores da Atenção Primária à Saúde demandará processo estruturado de qualificação e manutenção do banco de dados central.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização do monitoramento dos indicadores de cofinanciamento da APS via painéis dinâmicos no Google Sheets representa avanço na transição digital da SES-PE, demonstrando que é possível construir soluções eficientes e seguras com recursos já disponíveis no ambiente institucional, sem custos adicionais de licenciamento.

O ecossistema implantado estabeleceu nova lógica de fluxo da informação em saúde no estado, na qual o dado chega ao território de forma ágil e contextualizada, fortalecendo as GERES enquanto instâncias de gestão e contribuindo para a redução de iniquidades assistenciais. As próximas etapas preveem a incorporação de novos indicadores, a análise das avaliações Likert e a expansão do modelo para outros eixos da APS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União. 2024 abr 11 [cited 2025 May 10].
2. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2023.
3. Grimm S, Padilha A, Bassichetto KC, Lira M. Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e183. doi:10.26633/RPSP.2018.183.

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

5. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SIAPS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2025 May 10]. Available from: https://sisaps.saude.gov.br

6. Google LLC. Google Sheets: funções de planilha — QUERY, IMPORTRANGE, ARRAYFORMULA [Internet]. Mountain View (CA): Google LLC [cited 2025 May 10]. Available from: https://support.google.com/docs

7. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) [Internet]. Diário Oficial da União. 2018 ago 15; Seção 1:59.

8. Martins JSB. Estratégia low-code com aprendizado de máquina para a área de saúde: avaliando a correlação da atividade ocupacional com a incidência de câncer no Brasil. Facit Bus Technol J. 2024;1(52). Available from: https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2895

9. Rover MRM, Varela PS, Martins GA. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. Cien Saude Colet. 2021;26(4):1521-1532. doi: 10.1590/1413-81232021264.09712019

10. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

12. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J). 2004;14(1):41-65. doi:10.1590/S0103-73312004000100004.

13. Pinto LF, Rocha CMF. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. Cien Saude Colet. 2016;21(5):1433-1448. doi:10.1590/1413-81232015215.26662015.

08 BRINCART: A PALHAÇOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Beatriz Gouveia Ramos
Gabriela Felinto Vieira de França
Isabel Mota Valença Rodrigues
Laura Lins do Nascimento Almeida
Maria Clara Valadares Maia Cavalcanti
Alvaro Antônio Cabral Vieira de Mello

Universidade Católica de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap8

RESUMO

A humanização da assistência em saúde constitui um importante eixo para a qualificação do cuidado, especialmente em ambientes hospitalares marcados por sofrimento físico e emocional. Nesse contexto, a palhaçoterapia surge como uma estratégia capaz de promover acolhimento, vínculo e bem-estar por meio do humor e da ludicidade. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de Medicina integrantes do projeto de extensão "Brincart", da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), evidenciando suas contribuições para a humanização do cuidado e para a formação acadêmica. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e exploratório, construído a partir das vivências desenvolvidas em ambientes

hospitalares, incluindo enfermarias adultas e setores de oncologia pediátrica. As ações consistiram em intervenções lúdicas realizadas por estudantes caracterizados como palhaços, utilizando estratégias de escuta sensível, interação e acolhimento a pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. Observou-se que as intervenções contribuíram para a redução momentânea de tensão, ansiedade e sofrimento emocional, favorecendo a construção de vínculos e a ressignificação da experiência hospitalar. Além disso, a vivência extensionista possibilitou o desenvolvimento de competências fundamentais à formação médica, como empatia, comunicação efetiva e sensibilidade diante das necessidades subjetivas do paciente. Apesar dos desafios relacionados à resistência inicial de alguns indivíduos e às limitações impostas pela rotina hospitalar, a experiência demonstrou que a palhaçoterapia se configura como uma potente ferramenta de humanização, fortalecendo práticas de cuidado integral e a formação humanizada em saúde.

Palavras-chave: Humanização da assistência, Palhaçoterapia, Formação médica, Relações profissional-paciente, Integralidade do cuidado

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência em saúde tem se consolidado como um dos pilares fundamentais para a qualificação do cuidado, especialmente em contextos historicamente marcados por práticas tecnicistas e pela valorização predominante dos aspectos biológicos do adoecimento. Nesse cenário, iniciativas que buscam resgatar valores como empatia, solidariedade e respeito ganham destaque ao promover relações mais sensíveis entre profissionais e pacientes[1].

Dentre essas estratégias, a palhaçoterapia tem emergido como uma abordagem terapêutica inovadora, utilizando o humor e a ludicidade como ferramentas para a promoção do bem-estar emocional e psicológico[2]. Embora amplamente associada ao público

infantil, sua aplicação em adultos ainda enfrenta resistência, frequentemente relacionada a percepções equivocadas que a reduzem a uma prática superficial ou meramente recreativa[3]. Além disso, a inserção do palhaço no ambiente hospitalar pode inicialmente gerar estranhamento, uma vez que esse espaço é tradicionalmente orientado por normas de seriedade, objetividade e cientificidade[2].

Apesar dessas barreiras, evidências apontam que a terapia do humor pode contribuir significativamente para a melhoria da experiência hospitalar, promovendo a redução dos níveis de estresse e ansiedade, alívio da dor e fortalecimento do sistema imunológico. Tais efeitos ocorrem em função das respostas neurofisiológicas ocasionadas pelo riso, incluindo a liberação de endorfinas e a redução de mediadores associados ao estresse[4,5]. Nessa perspectiva, tais intervenções dialogam diretamente com os princípios da humanização e da integralidade do cuidado, ao considerar dimensões subjetivas, sociais e emocionais no processo saúde-doença, aproximando-se também das diretrizes da Vigilância em Saúde ao ampliar o olhar para além dos aspectos estritamente físicos.

Inserido nesse contexto, o projeto de extensão "Brincart", desenvolvido pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), tem como objetivo promover a humanização do cuidado por meio da palhaçoterapia no ambiente hospitalar. A iniciativa possibilita aos estudantes de Medicina vivências práticas que articulam o conhecimento técnico-científico ao desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e empáticas, fundamentais para a atuação na Atenção Primária à Saúde e nos demais níveis de atenção.

Dessa forma, o presente capítulo tem como objetivo relatar a experiência do projeto "Brincart", destacando suas contribuições para a formação acadêmica e para a promoção de práticas humanizadas em saúde, evidenciando sua relevância na construção de profissionais mais sensíveis às necessidades integrais dos pacientes.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir das vivências de acadêmicas de Medicina participantes do projeto de extensão "Brincart", desenvolvido pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). As atividades ocorreram em ambiente hospitalar, tendo como foco a utilização da palhaçoterapia como estratégia de promoção da humanização do cuidado.

O projeto é composto por estudantes do curso de Medicina da UNICAP, selecionados anualmente por meio de processo seletivo em duas etapas: entrevista individual e dinâmica em grupo. Ao final, são selecionados 25 discentes para compor o ciclo anual do projeto. Após a seleção, os participantes passam por um período de capacitação com duração aproximada de duas semanas, no qual são desenvolvidas atividades teóricas e práticas baseadas em dinâmicas lúdicas. Nesse processo, são trabalhados os principais fundamentos do projeto, denominados "olhar" e "encontro", compreendidos como ferramentas voltadas à construção de vínculo, escuta sensível e conexão com o paciente.

Os principais campos de atuação do projeto incluem o Hospital Maria Lucinda, o setor de oncologia pediátrica do Real Hospital Português e o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, possibilitando o contato com perfis variados de público e diferentes contextos clínicos. Após a capacitação, os estudantes são organizados em grupos conforme a disponibilidade e o campo de atuação, realizando intervenções semanais sob supervisão de monitores, que são discentes com maior tempo de experiência no projeto.

As ações desenvolvidas consistem na utilização de recursos lúdicos e interativos, baseados na figura do palhaço, com o objetivo de promover acolhimento, escuta qualificada e interação com pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, contribuindo para a humanização do ambiente hospitalar.

Ao final de cada ação, as participantes elaboram um relato descritivo-reflexivo sobre a atividade realizada, contemplando a sequência das intervenções, as percepções das acadêmicas e os impactos observados. Posteriormente, esses registros são transformados em narrativas lúdicas, com linguagem simbólica e criativa, visando ressignificar a experiência vivida e evidenciar os principais aprendizados. Os relatos são encaminhados ao coordenador do projeto, configurando-se como um instrumento de avaliação e reflexão contínua das práticas desenvolvidas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diferentemente da concepção tradicional frequentemente associada ao público infantil, a atuação do projeto abrangeu indivíduos de diversas faixas etárias, incluindo adultos e idosos, ampliando o alcance das ações desenvolvidas. As intervenções consistiram em visitas regulares aos setores hospitalares, nas quais os estudantes, caracterizados como palhaços, estabeleceram contato direto com pacientes, acompanhantes, profissionais da saúde e funcionários de outros setores.

Por meio de abordagens sensíveis, respeitosas e adaptadas às condições clínicas de cada indivíduo, buscou-se proporcionar momentos de descontração, alívio emocional e ressignificação da experiência de hospitalização. Nesse contexto, evidenciou-se, na prática, a importância da integralidade do cuidado, ao contemplar não apenas os aspectos biológicos do adoecimento, mas também suas dimensões psicológicas e sociais, frequentemente negligenciadas no ambiente hospitalar.

Nesse contexto, durante as intervenções, foi possível observar situações concretas que evidenciaram o impacto da palhaçoterapia. Em uma das visitas ao setor hospitalar, um paciente adulto inicialmente demonstrava resistência à abordagem, mantendo-se em silêncio e evitando contato visual. A aproximação ocorreu de forma gradual, respeitando seus limites, por meio de interações sutis e lúdicas. Com o desenvolvimento da dinâmica, o paciente

passou a demonstrar maior abertura, esboçando sorrisos e participando da brincadeira, ainda que de forma discreta.

Em outro momento, acompanhantes que se encontravam visivelmente cansados e emocionalmente sobrecarregados reagiram de maneira positiva às intervenções, relatando sensação de alívio e contribuindo para a construção de um ambiente momentaneamente mais leve. Essas experiências evidenciam que, mesmo em contextos de sofrimento, o humor pode atuar como mediador de emoções e relações.

A partir dessas vivências, compreende-se que os efeitos da palhaçoterapia não se restringem à descontração imediata, mas envolvem a construção de vínculos e a modulação do ambiente emocional hospitalar. A receptividade progressiva observada reforça que, mesmo diante de resistências iniciais, é possível estabelecer conexões significativas por meio de abordagens sensíveis e respeitosas.

Além disso, a atuação junto aos acompanhantes e à equipe multiprofissional evidenciou impactos igualmente relevantes, promovendo um ambiente mais leve, colaborativo e humanizado no cotidiano hospitalar. Essa interação favoreceu a troca de saberes e reforçou a importância do trabalho interdisciplinar na construção de um cuidado mais resolutivo.

A experiência também possibilitou aos estudantes o desenvolvimento de competências essenciais à formação médica, como empatia, comunicação efetiva, escuta qualificada e capacidade de adaptação a diferentes contextos clínicos. Ademais, estimulou uma postura crítica frente ao modelo biomédico tradicional, ao evidenciar a necessidade de incorporar práticas que valorizem as dimensões subjetivas do cuidado e a centralidade do paciente no processo terapêutico.

Entretanto, foram identificados desafios, como a resistência inicial de alguns pacientes às abordagens lúdicas, as limitações impostas pela rotina hospitalar e a necessidade de constante adequação das intervenções ao estado clínico dos indivíduos, espe-

cialmente em contextos de maior gravidade, como na oncologia pediátrica. Tais situações exigiram dos participantes sensibilidade, ética e respeito aos limites de cada paciente.

Dessa forma, a vivência na palhaçoterapia evidenciou-se como uma estratégia potente de humanização em saúde, contribuindo significativamente para o bem-estar de pacientes, acompanhantes e profissionais, além de favorecer a formação de médicos mais sensíveis, críticos e preparados para uma atuação integral e humanizada.

DISCUSSÃO

Sabendo que a assistência humanizada à saúde é um fenômeno multidimensional de transformação do modelo institucional e cientificista para práticas horizontais de reconhecimento dos aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos envolvidos, faz-se fundamental sua concretização no contexto hospitalar, visto que a carga de sofrimento do ambiente impacta o processo saúde-doença[6].

Nesse cenário, as práticas artísticas emergem como importantes estratégias de promoção da saúde desde os primórdios da humanidade. Entre essas práticas, a palhaçaria vem ganhando espaço progressivo no contexto assistencial, ao utilizar o humor como ferramenta de aproximação, vínculo e ressignificação da experiência hospitalar. Embora o palhaço não exerça função curativa, sua atuação se apresenta como complementar ao cuidado em saúde, influenciando positivamente o bem-estar emocional dos indivíduos[7].

Evidências indicam que o riso e estados emocionais positivos podem repercutir efeitos fisiológicos significativos, como a redução da percepção e o aumento do limiar da dor, a diminuição do estresse, da ansiedade e da raiva, o fortalecimento do sistema imunológico e de parâmetros cardiorrespiratórios, além de favorecer interações sociais saudáveis[8]. Nesse sentido, as vivências do projeto Brincart corroboram essa perspectiva, ao demonstrarem que intervenções lúdicas podem modificar, ainda que temporariamente, a dinâmica emocional do ambiente hospitalar.

Assim, o palhaço se apresenta diante de um cenário de seriedade e assertividade, que é o ambiente hospitalar, como "o bobo", "o tolo" ou aquele que, não ignora as dificuldades, mas sim as expressa e expõe de modo cômico e menos sério, tornando possível o vínculo com o outro pela identificação que tal exposição gera. Isso ocorre, pois, observando a naturalidade e a leveza do palhaço para lidar com suas fragilidades, os pacientes – especialmente as crianças – podem passar a enxergar e aceitar suas condições com mais facilidade, favorecendo a autoestima e, consequentemente, o bem-estar geral[9].

A partir dessa compreensão, observa-se a crescente inserção da palhaçoterapia em projetos de extensão universitária, como forma de ampliar a formação em saúde para além das competências técnicas[10]. No caso do Brincart, essa experiência possibilita aos estudantes o contato direto com práticas humanizadoras, estimulando o desenvolvimento de habilidades como escuta ativa, sensibilidade, comunicação não verbal e adaptação ao contexto do outro.

As vivências relatadas no projeto evidenciam que tais competências não se desenvolvem apenas em ambientes teóricos, mas são construídas no encontro com o outro, especialmente em situações de vulnerabilidade. A prática extensionista demonstra, portanto, que a humanização não se restringe a um conceito institucional, mas se materializa nas relações estabelecidas no cotidiano do cuidado.

Entretanto, a experiência também evidenciou limites importantes. A resistência inicial de alguns pacientes, as restrições impostas pelo ambiente hospitalar e a necessidade de adequação constante das intervenções demonstram que a palhaçoterapia não pode ser compreendida como uma prática universal ou padronizada. Ao contrário, trata-se de uma abordagem relacional, dependente do contexto, da disponibilidade emocional do paciente e da sensibilidade dos profissionais envolvidos.

Dessa forma, reforça-se que a inserção da palhaçoterapia no contexto universitário e hospitalar contribui não apenas para a humanização do cuidado, mas também para a formação de pro-

fissionais mais críticos, empáticos e preparados para uma prática em saúde que considere o sujeito em sua integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência no projeto Brincart demonstrou que a palhaço-terapia é uma estratégia de humanização que vai muito além do entretenimento, consolidando-se como uma ferramenta terapêutica capaz de ressignificar o ambiente hospitalar. Durante as intervenções, ficou evidente que o humor atua como um mediador de emoções, permitindo que pacientes, acompanhantes e profissionais encontrem momentos de alívio e conexão em meio ao sofrimento.

Do ponto de vista acadêmico, o projeto permitiu a aplicação prática de conceitos como integralidade e empatia, desafiando o modelo biomédico tradicional ao valorizar as dimensões subjetivas e sociais do adoecimento. O trânsito por diferentes setores, como a oncologia pediátrica e enfermarias de adultos, ensinou que o "encontro" e o "olhar" são instrumentos fundamentais para a construção de vínculos e para uma escuta qualificada.

No âmbito pessoal, a atuação como acadêmico-palhaço exigiu uma sensibilidade ética constante para respeitar os silêncios e as resistências, transformando cada visita em um aprendizado sobre resiliência e adaptação. Observar a mudança de semblante de um paciente ou o suspiro de alívio de um acompanhante reforçou a percepção de que a Medicina se faz, sobretudo, no encontro entre seres humanos.

Conclui-se que o Brincart cumpre seu papel extensionista ao formar médicos mais sensíveis e críticos, preparados não apenas para tratar doenças, mas para cuidar de pessoas em sua integralidade. A palhaçaria hospitalar, portanto, reafirma-se como uma prática de cuidado essencial, provando que, mesmo nos cenários mais rígidos, o riso é uma linguagem universal de acolhimento. Espera-se que este relato inspire a implementação e o fortalecimento de projetos semelhantes, ampliando o debate sobre a humanização nos cenários de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Catapan SC, Oliveira WF, Rotta TM. Palhaçoterapia em ambiente hospitalar: uma revisão de literatura. Cien Saude Colet. 2019;24(9):3417-3429. doi:10.1590/1413-81232018249.22832017.
2. Ribeiro DC, Gomes LB, Falbo A, Vieira CM. Palhaçoterapia como prática de cuidado no ambiente hospitalar: revisão de literatura. [Trabalho de conclusão de curso] Recife: Faculdade Pernambucana de Saude; 2021.
3. Plez L, Holland M, Kulasegarampillai P, Sieu T-C, Blain-Moraes S. "I made you a small room in my heart": how therapeutic clowns meet the needs of older adults in nursing homes. Int J Qual Stud Health Well-being. 2023;18(1):2238989. doi:10.1080/17482631.2023.2238989.
4. Guo X, Yingping F, Yue C, Jiaming W, Xue H. Application of clown care in hospitalized children: a scoping review. PLoS One. 2024;19(12):e0313841. doi:10.1371/journal.pone.0313841.
5. Sun X, Zhang J, Wang Y, Zhang X, Qu Z, Zhang H . The impact of humor therapy on people suffering from depression or anxiety: an integrative literature review. Brain Behav. 2023;13(9):e3108. doi:10.1002/brb3.3108.
6. Paiva CBN, Barros SMM. Representações sociais da humanização em pediatria hospitalar entre profissionais de saúde. Psicol Estud. 2023;28:e54532. doi:10.4025/psicolestud.v28i0.54532.
7. Dionigi A, Canestrari C. Clowning in health care settings: the point of view of adults. Eur J Psychol. 2016;12(3):473-488. doi:10.5964/ejop.v12i3.1107.
8. Stephson AJ. Benefits of medical clowning: a summary of the research. [S.l.]: Room Circus Medical Clowning; 2017.
9. Silva MR, Marques MC, Penha AVX, Caires S. Comportamentos construídos e disseminados no palhaço de hospital. Cien Saude Colet. 2022;27(6):2449-2458. doi:10.1590/1413-81232022276.13902021.
10. Moreira JV, Almeida MJ, Sanches LC, González AD, Barreiros RN. A arte do palhaço na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2021;45(3):e168. doi:10.1590/1981-5271v45.3-20200519.

GRUPO RAÇA, GÊNERO E SAÚDE: O PAPEL DA INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICA E PRÁTICA, NA BUSCA POR UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EQUÂNIME

Maria Ruhama Ferreira Alves[1]
Melba Santiago Menezes[1]
Monica da Silva Pereira[2]
Diego Francisco Lima da Silva[1]
Tereza Maciel Lyra[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap9

RESUMO

O capítulo se trata de um relato de experiência sobre o Grupo Raça, Gênero e Saúde, que existe desde de 2020, sob iniciativa da Professora Tereza Lyra Maciel do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco, em conjunto com seus orientandos e construído coletivamente com seus participantes. Tem por objetivo ser um ambiente de diálogo entre a academia, os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, os movimentos sociais e os usuários em geral, para a discussão de estudos sobre as construções sociais de Raça e Gênero, a interseccionalidade entre elas, e seus impactos na saúde, favorecendo para isso a realização de vivências e trocas de experiências, que resultem na reflexão coletiva para o entendimento

da totalidade dos problemas relacionados à saúde, desde o adoecimento ao acesso aos serviços. As iniquidades em saúde são frutos da desigualdade, que é mantida pelas discriminações, pela violência e pela opressão da classe dominante para com todos os que fogem do padrão dentro de uma sociedade racista, sexista, capacitista e cisheteronormativa. A partir da ideologia, aqueles considerados diferentes são desumanizados, e sua exploração é naturalizada. Por isso é fundamental o incentivo à criação de vínculos entre as pessoas para a construção de novas realidades, a partir da luta coletiva contra todos os tipos de descriminação. Só com o fim delas será possível presenciarmos a universalidade, integralidade e equidade que estão como princípios do SUS.

Palavras-chave: Interseccionalidade, Determinação social da saúde, Participação da comunidade

INTRODUÇÃO

O Grupo Raça, Gênero e Saúde do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (IAM/Fiocruz-PE) foi criado no ano de 2020, pela professora Tereza Maciel Lyra. Nesse período a professora realizava a orientação de trabalhos que eram voltados para o estudo da saúde da população negra, logo, eram presentes discussões sobre o impacto do racismo na saúde. Esse tema começou a ser discutico por iniciativa de alunos negros que passaram a compor o corpo discente, ainda que em pouca quantidade na época.

O que reflete os achados de Gonçalves e colaboradores[1] sobre o aumento do acesso de pessoas negras à pós-graduação, entretanto, o número de pessoas brancas permaneceu mais expressivo, e o aumento delas com esse nível de ensino também foi maior, reforçando a permanência de desigualdades quanto ao acesso à educação, baseadas na raça/cor.

Vale destacar que os estudos sobre a saúde da população negra no Brasil vem sendo realizados a pouco tempo, mas se apresentam

em expansão, apesar dos empecilhos advindos de um sistema que se beneficia do racismo na saúde[2]. Tendo em vista que na sociedade capitalista em que vivemos, o racismo funciona como ideologia, através da naturalização das explorações e opressões que nutrem o capitalismo, auxiliando na sua manutenção pelas classes dominantes, os beneficiados pelo acúmulo de capital[3].

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência a partir dos encontros do grupo, que são realizados dentro da instituição, mas com a possibilidade da realização de vivências em outros espaços. Eles são abertos ao público e divulgados pelas redes sociais do IAM/Fiocruz-PE, e pelo grupo criado no whatsapp. Participam discentes da instituição, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), integrantes dos movimentos sociais e pessoas da sociedade civil que se interessam em discutir as repercussões na saúde das construções sociais de Raça e Gênero, em uma perpectiva contracolonial.

Acontecem no formato de roda de diálogo, visto que o objetivo do grupo é ir de encontro a participação da comunidade e articulação com movimentos sociais, incentivando a reflexão, o pensamento crítico e a transformação social, o que Bell Hooks[4] em seu livro "ensinando comunidade", aborda como educação democrática, ela afirma que esse é um processo constante, onde a construção do diálogo é fundamental para a libertação da dominação que ainda é propagada no ambiente acadêmico, que separa a acadêmia da realidade concreta da vida.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nos encontros realizados em 2025 foram debatidos os textos de Lélia Gonzalez[5], "A categoria político-cultural da amefricanidade"; Achille Mbembe[6], "Necropolítica"; Clóvis Moura[1], "O racismo com arma ideológica de dominação"; e Beatriz Nascimento[9], "A mulher negra no mercado de trabalho". Além desses debates foi

realizada uma vivência no Centro Cultural Quilombo do Catucá, um evento dedicado ao Centenário de Frantz Fanon com a presença de Deivison Faustino, Douglas Barros, Mercês de Fátima e Diego Francisco, o lançamento da plataforma "VANIA" voltada para o registro e acompanhamento da violência armada, com a participação de Ana Franca, pesquisadora do Instituto Fogo Cruzado, e no último encontro do ano, foi realizado um debate sobre o documentário "Transexualidade no Candomblé" com a participação de Deybson de Oxalá e Mãe Fátima.

No ano de 2026 já ocorreram mais dois encontros, no primeiro foi discutido o texto de Diego Francisco[8], "Marcha Zumbi dos Palmares: 30 anos de construções políticas de uma luta obliterada", e no segundo os textos de Kabengele Munanga[9], "Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia", Clóvis Moura[1], "O Racismo com Arma Ideológica de Dominação I*" e Lélia Gonzalez[10], "Racismo e sexismo na cultura brasileira".

Seja através da leitura e análise dos textos, acompanhados ou não da transmissão de mídias audiovisuais, como músicas, imagens ou documentários, seja através de vivências em espaços de resistência que sofreram e ainda sofrem apagamento histórico e cultural, as trocas de experiências entre acadêmicos, profissionais da saúde, membros de movimentos sociais, e usuários do SUS, de forma geral, que são possibilitados pela existência do grupo, proporcionam um espaço de reflexão onde é possível efetivar o diálogo entre a teoria e a prática. E assim entender as problemáticas que envolvem a saúde em sua totalidade.

DISCUSSÃO

Segundo Collins e Bilge[11], a interseccionalidade pode ser utilizada como uma ferramenta analítica teórica e prática, que considera como os diversos marcadores sociais de raça, gênero, classe, orientação sexual, capacidade, entre outros, produzem efeitos de forma relacionada, sendo assim não é possível encontrar a solução para problemas sociais sem analisá-los juntos, e não de forma fragmenta-

da. Essa ideia veio a partir dos movimentos sociais, principalmente do movimento feminista negro, que já realizava a crítica sobre como a opressão da mulher negra não era considerada no feminismo, pois o mesmo era voltado para as pautas das mulheres brancas de classe média, e o movimento negro, tinha o foco na figura masculina.

Com esse cenário em mente, os textos e produções audiovisuais discutidos, e as experiências vividas e compartilhadas servem de aporte para a compreensão da realidade e possibilidade de transformação social. Na pesquisa de Ferraz, Chaves e Ferraz[12], os autores criticam as constantes disputas epistemológicas dentro das ciências sociais, que são focadas na visão que os pesquisadores têm sobre os objetos pesquisados, recorrendo a perspectiva ontológica do método de Marx, para explicar a necessidade de se buscar entender o objeto em sua concretude.

Ou seja, a realidade é única, independente da ideia que o pesquisador tem sobre ela, mas são criados mecanismos para abstrair a totalidade das relações sociais, e assim esconder o real. Os autores apontam ainda para o produtivismo dentro da academia, o que faz com que essas disputas epistemológicas se propaguem, visto que auxiliam na manutenção do sistema capitalista. De certa forma os autores dialogam com Collins e Bilge[11], visto que a interseccionalidade busca prover meios de se alcançar a justiça social, o que não é possível sem a práxis, mas as autoras deixam claro que o papel dessa ferramenta vai depender de quem a aplica, não indicando uma ruptura com o capitalismo.

O que podemos compreender como uma forma de amenizar os problemas decorrentes do sistema, como aponta Paim[13] ao analisar a Reforma Sanitária Brasileira a partir de Gramsci, e concluir que os objetivo de uma saúde realmente para todos só seria possível de alcançar com uma reforma total, que envolveria todo o sistema, já que na fase atual da reforma é possível visualizar como o acesso a saúde é desigual, devido aos interesses das elites, visto que a mesma é tratada como uma mercadoria, e produz lucro para a classe dominante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não podemos ser fatalistas, e assim dar por acabada a luta por um sistema de saúde acessível a toda população. O grupo de estudos é justamente um lugar de construção conjunta, de resistência e luta coletiva para movimentar uma mudança no atendimento que é prestado no SUS, que passe a ser um lugar de acolhimento e não mais propagação da violência e da dominação que são bases do sistema capitalista.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira Gonçalves LA, Pereira Junior EA, Ângelo Coutinho F, Gonçalves Pereira J. Acesso de negras e negros à pós-graduação. Revista Da Associação Brasileira de Pesquisador s Negr s - ABPN 2019;11:176–206. Doi:10.31418/2177-2770.2019.v11.c.1.p176-206.
2. Coelho R, Campos G. O campo de estudos sobre saúde da população negra no Brasil: uma revisão sistemática das últimas três décadas. Saúde e Sociedade 2024;33. Doi:10.1590/s0104-12902024220754pt.
3. Moura C. O racismo como arma ideológica de dominação I. Lutas Sociais 2023;27:61–73. Doi:10.23925/ls.v27i50.69808.
4. Hooks B. Ensinando comunidade: uma pedagogia da esperança. São Paulo: Elefante; 2021.
5. Gonzalez L. A categoria político-cultural de amefricanidade. Tempo Brasileiro 1988:69–82.
6. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições; 2018.
7. Nascimento B. A mulher negra no mercado de trabalho. Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2019.
8. Francisco D. Marcha Zumbi dos Palmares: 30 anos de construções políticas de uma luta obliterada 2025.
9. Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira, Niterói: EDUFF; 2004.

10. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz; 2020.

11. Collins P. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2021.

12. Ferraz DLS, Chaves RHS, Ferraz J de M. Para além da epistemologia: reflexões necessárias para o desenvolvimento do conhecimento. REAd (Porto Alegre) 2018;24:1–30. Doi:10.1590/1413-2311.204.80474.

13. Paim J. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ELOS QUE : INSTITUIÇÃO E RETOMADA DOS DIÁLOGOS DA SECRETARIA CURAM ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO COM A VIGILÂNCIA EM SAÚDE, ATENÇÃO PRIMÁRIA, ATENÇÃO HOSPITALAR E POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS POR MEIO DA CASPCT

Melba Santiago Menezes[1]
Vitor Nascimento Goes[1,2]
Leonardo de Barros Lopes[1]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap10

RESUMO

Este estudo relata a experiência institucional de constituição e retomada dos diálogos entre a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE), por meio da Coordenação de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT), vinculada à Diretoria Geral de Políticas Estratégicas Transversais (DGPET/SEVSAP), com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), as comunidades quilombolas, as colônias de pescadores, as populações ribeirinhas e os povos ciganos em Pernambuco. A partir do reconhecimento histórico da invisibilidade dessas populações no Sistema Único de Saúde (SUS), a CASPCT foi criada com o objetivo de articular ações de Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Hospitalar, garantindo acesso equitativo e culturalmente qualificado a esses grupos. O relato descreve o

processo de mapeamento institucional, os encontros dialógicos promovidos, os instrumentos normativos utilizados e as parcerias estratégicas estabelecidas. Entre os principais resultados destacam-se: a criação de fluxos de referência e contrarreferência intersetoriais; o fortalecimento do papel dos agentes comunitários de saúde nos territórios tradicionais; a pactuação de protocolos específicos com o DSEI Pernambuco; e a inclusão das demandas das populações ciganas, ribeirinhas e pesqueiras nas pautas da APS e da Vigilância Epidemiológica estadual. A experiência reafirma que o diálogo intercultural e interinstitucional é condição fundamental para a produção de saúde com equidade, respeito à identidade coletiva e integração efetiva das redes de cuidado no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Povos e comunidades tradicionais, Equidade em saúde, Atenção primária à saúde, Vigilância em saúde, Pernambuco

INTRODUÇÃO

Os Povos e Comunidades Tradicionais (PCT) constituem grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tais, possuindo formas próprias de organização social, ocupação e uso dos territórios e recursos naturais, transmitidos entre gerações segundo critérios culturais, religiosos, ancestrais e tradicionais[1]. Em Pernambuco, essa diversidade manifesta-se na presença de povos indígenas, comunidades quilombolas, pescadores artesanais, marisqueiras, ribeirinhos, ciganos, entre outros grupos. Apesar de sua riqueza cultural e relevância social, a inserção plena dessas populações no SUS foi historicamente marcada por barreiras de acesso, invisibilidade nos sistemas de informação, lacunas na cobertura assistencial e insuficiência de políticas específicas[2].

A Política Nacional de Saúde Integral dos Povos Indígenas (PNSIPI), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e as diretrizes do subsistema de saúde indígena (Lei nº 9.836/1999) constituem marcos normativos fundamentais para

o reconhecimento dessas especificidades[3]. Contudo, a operacionalização dessas políticas no âmbito estadual requer estruturas institucionais dedicadas, com capacidade de articulação entre diferentes níveis de atenção e setores governamentais. A ausência dessas estruturas resulta em fragmentação do cuidado, descontinuidade assistencial e perpetuação das iniquidades em saúde.

Nesse contexto, a SES-PE, por meio da Superintendência de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) e da Diretoria Geral de Políticas Estratégicas Transversais (DGPET), instituiu a Coordenação de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT). Essa coordenação tem como missão articular as ações de Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Hospitalar voltadas às populações tradicionais, com ênfase na escuta qualificada, no diálogo intercultural e na garantia de acesso equitativo aos serviços do SUS.

Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência de instituição e retomada dos diálogos entre a SES-PE e os Povos e Comunidades Tradicionais – em especial o DSEI Pernambuco, as comunidades quilombolas, as colônias de pescadores, as populações ribeirinhas e os povos ciganos – por meio da atuação da CASPCT, evidenciando os processos, desafios e avanços na construção de uma atenção à saúde equitativa e territorialmente orientada.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência institucional, de caráter qualitativo, baseado nas atividades desenvolvidas pela CASPCT/DGPET/SEVSAP/SES-PE no período de 2023 a 2025. A sistematização foi realizada a partir de análise de documentos institucionais – portarias, ofícios, notas técnicas, atas de reuniões e memorandos – registros de campo das equipes técnicas e narrativas dos processos de articulação interinstitucional[4].

Foram considerados os referenciais normativos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e das diretrizes do subsistema de saúde

indígena. A análise das ações foi organizada em três eixos: (1) articulação com o DSEI Pernambuco; (2) ações voltadas às comunidades quilombolas; e (3) diálogos com colônias de pescadores, populações ribeirinhas e povos ciganos. Para cada eixo, identificaram-se os instrumentos utilizados, os atores envolvidos, os fluxos estabelecidos e os resultados alcançados.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Articulação com o DSEI Pernambuco

A relação entre a SES-PE e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Pernambuco, vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), havia sido fragilizada em períodos anteriores, com impactos diretos na resolutividade e na continuidade do cuidado às populações indígenas que necessitam de serviços de média e alta complexidade fora de suas aldeias[6]. A CASPCT assumiu o papel de retomar e formalizar essa articulação, iniciando com reuniões técnicas conjuntas entre SES-PE e DSEI.

Como resultado, foram pactuados fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados da Rede SUS-PE, incluindo unidades hospitalares de referência para partos de gestantes indígenas, atendimento em urgência e emergência e acompanhamento de casos crônicos. Foram formalizados, por meio de Ofícios e Memorandos Circulares, protocolos de comunicação entre as equipes do DSEI e as coordenações regionais de saúde (GERES), viabilizando uma ponte institucional permanente. A CASPCT participou ainda de reuniões do Fórum de Presidentes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI-PE), contribuindo com a perspectiva estadual nas pactuações de rede.

Comunidades quilombolas

As comunidades quilombolas em Pernambuco somam mais de 130 territórios certificados pela Fundação Cultural Palmares, com graus variados de titulação e acesso a políticas públicas[6]. Uma das

primeiras ações da CASPCT foi o mapeamento das comunidades sem cobertura de equipes de Saúde da Família (eSF), identificando áreas de omissão assistencial persistente e subsidiando a produção de Notas Técnicas encaminhadas às GERES.

A coordenação também atuou no assessoramento técnico aos municípios com acesso ao financiamento específico da Portaria GM/MS nº 9.572/2023, que estabelece critérios para habilitação de equipes voltadas à saúde quilombola, buscando superar obstáculos relacionados à titulação territorial e ao cadastro nos sistemas federais de informação[7].

Foram realizadas visitas técnicas a territórios quilombolas em diferentes regiões do estado – Mata Sul, Sertão e Região Metropolitana do Recife – com foco na escuta das lideranças, agentes comunitários de saúde e gestores locais. Essas visitas subsidiaram relatórios técnicos que alimentaram as pactuações bipartites e tripartites no âmbito do SUS-PE. A resposta institucional a denúncias e relatórios de negligência assistencial em territórios quilombolas, como o caso do Quilombo Serrote, foi também assumida pela CASPCT, que articulou respostas formais ao Ministério Público, à Defensoria Pública e à Ouvidoria, com encaminhamentos concretos para os gestores municipais responsáveis.

Pescadores artesanais, marisqueiras, populações ribeirinhas e povos ciganos

As colônias de pescadores e marisqueiras constituem populações de elevada vulnerabilidade social, com exposição a riscos ambientais e ocupacionais específicos, frequentemente invisibilizados nos registros dos sistemas de informação em saúde[8]. A CASPCT articulou com a Secretaria Estadual de Pesca e Aquicultura (SEAP) e com representações das colônias Z de Pernambuco a inclusão dessas populações nas pautas da Vigilância em Saúde e da APS, resultando em ações de vigilância epidemiológica para doenças relacionadas ao trabalho e à exposição a agrotóxicos nas regiões pesqueiras.

Para as populações ribeirinhas – residentes nas margens de rios e açudes em regiões semiáridas e na zona da mata –, foram priorizadas ações de vigilância das condições de água e saneamento, doenças tropicais negligenciadas e saúde mental, com atenção às particularidades do acesso geográfico e da sazonalidade das atividades produtivas.

Em relação aos povos ciganos, a CASPCT realizou articulações pioneiras no âmbito da SES-PE para o reconhecimento dessa população como PCT, conforme preconizado pelo Decreto nº 6.040/2007 e pelo Programa Brasil Romaní[9]. Foram identificados acampamentos e comunidades ciganas em municípios de Pernambuco, promovendo o diálogo com lideranças ciganas e produzindo subsídios para a qualificação das equipes de APS no cuidado culturalmente sensível a esses grupos.

DISCUSSÃO

A experiência da CASPCT ilustra os desafios e potencialidades da institucionalização do cuidado às populações tradicionais no âmbito de uma Secretaria Estadual de Saúde. A criação de uma coordenação específica representa um avanço na materialização do princípio da equidade no SUS, ao reconhecer que grupos historicamente marginalizados requerem não apenas acesso universal, mas acesso qualificado, culturalmente seguro e territorialmente orientado[10].

A articulação entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Atenção Hospitalar, mediada pela CASPCT, evidencia a necessidade de superar a fragmentação interna dos sistemas de saúde. A lógica de redes de atenção à saúde, preconizada pela PNAB e pela Política Nacional de Regulação, pressupõe fluxos assistenciais contínuos e resolutivos, o que, para as PCT, implica na adaptação dos protocolos às especificidades territoriais, culturais e epidemiológicas dessas populações.

O diálogo com o DSEI evidenciou a necessidade de um protocolo estadual que normatize as responsabilidades da SES-PE

no cuidado complementar aos indígenas fora das aldeias, lacuna identificada também em outros estados do Brasil. A formalização dos fluxos não apenas organiza a assistência, mas reconhece a identidade e os direitos dessas populações dentro da rede SUS.

No campo quilombola, a experiência demonstrou que as barreiras ao acesso não são apenas geográficas, mas estruturais: a ausência de titulação territorial, a insuficiência de equipes de saúde habilitadas, os conflitos fundiários e a baixa sensibilidade cultural das equipes constituem obstáculos que demandam respostas intersetoriais e de longo prazo. A CASPCT adotou uma postura de advocacy institucional, utilizando os instrumentos normativos disponíveis para nomear e enfrentar essas barreiras.

Para pescadores, ribeirinhos e ciganos, o desafio central é o da invisibilidade nos sistemas de informação: sem dados desagregados por identidade e territorialidade, torna-se impossível planejar ações específicas e avaliar seu impacto. A CASPCT iniciou um processo de sensibilização para a inclusão de campos de identificação de PCT nos prontuários e sistemas de informação em saúde, reconhecendo que o dado é também um instrumento de reconhecimento e de direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição e retomada dos diálogos entre a SES-PE e os Povos e Comunidades Tradicionais, por meio da CASPCT, constitui um processo em construção, marcado por avanços concretos e desafios persistentes. O fortalecimento dessa coordenação – com equipe técnica qualificada, recursos adequados e respaldo político – é condição para que o cuidado às PCT em Pernambuco se consolide como uma política de Estado e não apenas de governo.

Os resultados apresentados reafirmam que o diálogo intercultural, a escuta das comunidades e a produção de instrumentos normativos adequados são elementos centrais para a efetivação do direito à saúde com equidade. A integração entre Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Atenção Hospitalar, mediada por

uma instância de coordenação transversal, representa um modelo de organização que pode inspirar outras unidades federativas na construção de respostas institucionais às demandas dos PCT.

Por fim, a experiência da CASPCT evidencia que a saúde dos povos tradicionais não é uma pauta marginal, mas um eixo estruturante de qualquer sistema de saúde que se pretenda universal, integral e equitativo. Os elos construídos e retomados nos últimos anos não são apenas vínculos administrativos: são pontes entre modos de viver, adoecer e cuidar que enriquecem e fortalecem o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Diário Oficial da União. Brasília, 2007.
2. Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI; 2012.
3. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080/1990 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI; 2012. p. 83-114.
6. Fundação Cultural Palmares. Comunidades quilombolas certificadas. Brasília: FCP; 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 18 de dezembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 para incluir e definir parâmetros de financiamento e critérios para implantação de equipes de saúde quilombola. Diário Oficial da União. Brasília, 2023.
8. Moura ABF, Silva ARF. Saúde da população pesqueira: invisibilidades e desafios no SUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(6):2085-94.

9. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Programa Brasil Romaní: políticas públicas para os povos ciganos. Brasília: MDH; 2018.

10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(Suppl 2):S190-8.doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014

ARTICULAÇÃO DOS INCENTIVOS RIBEIRINHO E QUILOMBOLA E A CONSTRUÇÃO DE COLEGIADO COM AS GERES: UMA EXPERIÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS EM PERNAMBUCO

Melba Santiago Menezes
Monica Rita da Silva Simplicio
Dayenne Félix da Silva

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap11

RESUMO

O presente relato descreve a experiência de articulação entre o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Quilombolas e o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), com foco na construção de um colegiado regional envolvendo as Gerências Regionais de Saúde (GERES), as Coordenações de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPC T) e as Coordenações de Saúde da População Negra. A experiência emergiu da necessidade de superar fragmentações institucionais e garantir acesso qualificado à saúde em territórios de difícil acesso e historicamente negligenciados. O processo envolveu reuniões de pactuação, construção de fluxos regionalizados e a elaboração de estratégias para o uso adequado dos incentivos financeiros, consi-

derando as especificidades territoriais, étnico-raciais e culturais das comunidades. A criação do colegiado possibilitou o fortalecimento do diálogo entre os níveis estadual e regional, promovendo maior equidade no acesso às ações e serviços de saúde. A experiência evidencia a importância da gestão compartilhada e da territorialização como estratégias fundamentais para a efetivação do direito à saúde de populações tradicionais no SUS.

Palavras-chave: Povos e comunidades tradicionais, Quilombola, Ribeirinho, Regionalização, Incentivo financeiro

INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde de povos e comunidades tradicionais (PCTs) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um desafio histórico que articula dimensões políticas, territoriais e étnico-raciais. Quilombolas e populações ribeirinhas compartilham condições estruturais de vulnerabilidade — marcadas pelo difícil acesso geográfico, pela invisibilidade nos sistemas de informação em saúde e pela insuficiência de serviços adequados às suas especificidades culturais — que demandam respostas institucionais articuladas e territorialmente sensíveis[1,2].

No estado de Pernambuco, a Secretaria de Saúde (SES-PE), por meio da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPC T), vinculada à Diretoria Geral de Políticas Específicas de Saúde (DGPET/SEVSAP), assumiu o desafio de integrar dois instrumentos financeiros estratégicos: o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Quilombolas, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 9.572/2024, e o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Ribeirinhas, no contexto das políticas nacionais de atenção às PCTs[3,4].

A estrutura federativa do SUS, embora fundamental para a descentralização das ações de saúde, pode gerar fragmentações na operacionalização de políticas voltadas a populações específicas. A necessidade de construção de fluxos regionalizados, que envol-

vam as Gerências Regionais de Saúde (GERES) e as coordenações temáticas de PCTs e de Saúde da População Negra, emergiu como resposta a essa fragmentação. Este relato tem como objetivo descrever o processo de construção desse arranjo institucional e os seus resultados preliminares.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência institucional, desenvolvido no período de 2024 a 2025, no âmbito da SES-PE/DGPET/SEVSAP/CASPC T. O processo de articulação envolveu quatro eixos: (1) diagnóstico situacional dos municípios habilitados e elegíveis aos incentivos ribeirinho e quilombola nas doze GERES de Pernambuco; (2) realização de reuniões de pactuação internas e com as GERES; (3) construção coletiva de protocolos e fluxos para operacionalização dos incentivos; e (4) constituição de um colegiado estadual-regional com representação das CASPC T, coordenações de Saúde da População Negra e referências técnicas das GERES.

A sistematização da experiência foi realizada a partir de registros institucionais, atas de reuniões, notas técnicas e documentos produzidos ao longo do processo, à luz dos princípios do SUS e das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diagnóstico territorial e mapeamento dos incentivos

O ponto de partida foi o reconhecimento das assimetrias no acesso aos incentivos entre os municípios pernambucanos. Identificou-se que, embora Pernambuco concentre expressivo número de territórios quilombolas certificados pela Fundação Cultural Palmares e comunidades ribeirinhas — especialmente no entorno do Rio São Francisco, no Submédio e Baixo São Francisco, e em comunidades do litoral norte, como em Ilha de Itamaracá — gran-

de parte dos municípios enfrentava dificuldades técnico-administrativas para adesão aos programas de financiamento[5,6].

As principais barreiras identificadas foram: fragilidade dos cadastros de comunidades nos sistemas de informação municipais; desconhecimento por parte das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) acerca dos critérios de elegibilidade e dos fluxos de habilitação; e ausência de interlocução formalizada entre as coordenações temáticas estaduais e as referências técnicas regionais nas GERES.

Construção do colegiado e fluxos regionalizados

A partir do diagnóstico, iniciou-se um processo de pactuação interna entre a CASPC T e a Coordenação de Saúde da População Negra, reconhecendo a intersecção entre as pautas quilombola e negra e a necessidade de evitar sobreposições ou lacunas na cobertura das comunidades. Esse diálogo resultou na elaboração de Nota Técnica conjunta orientando os municípios quanto aos critérios diferenciados e complementares dos dois incentivos.

Em seguida, foram realizadas reuniões com as doze GERES, com ênfase nas regiões com maior densidade de territórios tradicionais: II GERES (Limoeiro), IV GERES (Caruaru), IX GERES (Ouricuri), X GERES (Petrolina) e XII GERES (Ouricuri/Sertão do São Francisco). Nessas reuniões, identificaram-se os técnicos de referência regional e estabeleceram-se fluxos de apoio técnico às equipes municipais.

O colegiado constituído passou a funcionar de forma regular, reunindo bimestralmente representantes da CASPC T, da Coordenação de Saúde da População Negra e das GERES. A pauta incorporou: monitoramento dos municípios habilitados; análise dos relatórios de execução dos incentivos; discussão de casos e demandas territoriais específicas; e planejamento de ações de educação permanente dirigidas às equipes de APS.

Avanços na regionalização

Um resultado significativo foi a construção de uma matriz regionalizada de elegibilidade, que cruzou dados do Cadastro de

Comunidades Quilombolas, do mapeamento de Comunidades Ribeirinhas e do CNES/IBGE. Essa ferramenta possibilitou identificar com maior precisão os municípios prioritários para habilitação, tornando-se instrumento de negociação junto às GERES e de qualificação do planejamento estadual.

DISCUSSÃO

A experiência relatada dialoga com debates consolidados sobre regionalização, governança e equidade em saúde no SUS. A construção do colegiado respondeu à necessidade de superar a lógica vertical das políticas específicas, integrando-as às estruturas regionais de gestão[7,8].

A articulação entre os incentivos ribeirinho e quilombola revelou tanto complementaridades quanto tensões: em alguns territórios, comunidades ribeirinhas de fundo de pasto, de marisqueiras ou populações de várzea poderiam ser elegíveis a mais de um instrumento de financiamento, exigindo clareza nos critérios técnicos e diálogo qualificado com o Ministério da Saúde. A construção de parâmetros locais e regionais para essas definições configurou-se como exercício legítimo de gestão estadual[9].

A inclusão da Coordenação de Saúde da População Negra no arranjo colegiado evidenciou a necessidade de reconhecer a matriz racial que atravessa as políticas de saúde quilombola, evitando a fragmentação das pautas e fortalecendo a perspectiva da equidade étnico-racial no SUS[10]. Esse movimento também sinalizou a potência de estruturas de gestão que integrem a dimensão da interseccionalidade entre raça, território e modo de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de articulação dos incentivos ribeirinho e quilombola e de construção de um colegiado regionalizado em Pernambuco demonstra que a efetivação das políticas de saúde para povos e comunidades tradicionais requer investimento institucional contínuo em gestão compartilhada, territorialização e diálogo intersetorial.

O fortalecimento dos espaços colegiados entre o estado e as regiões de saúde constitui estratégia fundamental para reduzir desigualdades e avançar na construção de um SUS mais equânime, integral e culturalmente orientado. Os aprendizados sistematizados neste relato podem subsidiar outras unidades federativas na construção de arranjos semelhantes para a gestão integrada de políticas de saúde voltadas a PCTs.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1602–8. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500035
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 30 de outubro de 2024. Dispõe sobre o Incentivo para Atenção à Saúde das Populações Quilombolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica sobre Incentivos para Populações Ribeirinhas no contexto da Política Nacional de Atenção às PCTs. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
5. Fundação Cultural Palmares. Relação de Comunidades Quilombolas Certificadas. Brasília: FCP; 2024.
6. Pernambuco. Secretaria de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024–2027. Recife: SES-PE; 2024.
7. Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto. Cienc Saude Colet. 2002;7(3):493–507. doi: 10.1590/S1413-81232002000300008
8. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS: financiamento e programação. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
10. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saude Soc. 2016;25(3):535–49. doi: 10.1590/S0104-129020162610

11. Ferreira MN, Ferraro JL, organizadores. Saúde e povos tradicionais no Brasil: desafios e perspectivas. Porto Alegre: Editora Fi; 2022.
12. Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

12 SAÚDE BUCAL NO AMBIENTE ESCOLAR: EXPERIÊNCIA INTERSETORIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE PERNAMBUCO

Pedro Jorge da Silva Matos
Rayssa Maria da Silva Lima
Laís de Sá Menezes

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap12

RESUMO

A saúde bucal constitui importante componente da promoção da saúde integral de crianças e adolescentes, especialmente no ambiente escolar, onde práticas educativas podem contribuir para a formação de hábitos saudáveis. Este estudo apresenta um relato de experiência sobre a implementação de ações de promoção da saúde bucal na rede estadual de ensino de Pernambuco, no segundo semestre de 2025 e primeiro semestre de 2026. A iniciativa envolveu a entrega de aproximadamente 1 milhão de kits de higiene bucal aos estudantes matriculados na rede estadual, contendo duas escovas dentais e um creme dental, adquiridos diretamente pela Secretaria Estadual de Educação. Paralelamente à distribuição dos kits, foram construídos materiais didáticos de apoio para subsidiar a realização de atividades educativas pelos profissionais de saúde bucal dos municípios volta-

das à orientação sobre higiene oral, técnicas corretas de escovação e conscientização acerca da prevenção de doenças bucais. Trata-se de um relato descritivo, fundamentado na observação das ações desenvolvidas no contexto escolar. Os resultados evidenciaram ampla adesão dos estudantes, fortalecimento das práticas educativas em saúde e maior sensibilização quanto aos cuidados com a higiene oral. Observou-se também a relevância da articulação entre educação e saúde para promoção de hábitos preventivos no ambiente escolar. Conclui-se que a iniciativa contribuiu para ampliar o acesso a insumos básicos de higiene bucal e fortalecer ações educativas permanentes, demonstrando potencial para impactar positivamente a qualidade de vida dos estudantes da rede pública estadual.

Palavras-chave: Saúde bucal, Educação em saúde, Promoção da saúde, Promoção da saúde em ambiente escolar, Intersetorialidade

INTRODUÇÃO

A trajetória das políticas públicas de saúde bucal no Brasil foi historicamente caracterizada como um longo processo de rupturas e continuidades, marcada pela ausência de ações integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas bucais da população[1]. Com o objetivo de superar as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros[2].

A educação é um fator fundamental para a saúde e qualidade de vida da população. Os setores de Educação e de Saúde possuem inúmeras afinidades no campo das políticas públicas, tomando por base a universalização de direitos fundamentais[3]. Nesse sentido, o Programa Saúde na Escola (PSE) se destaca como um exemplo de iniciativa intersetorial do Governo Federal voltada a contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de ensino, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde[4].

A avaliação de saúde bucal no ambiente escolar tem como objetivo minimizar os possíveis riscos a que crianças, adolescentes e adultos estejam expostos, buscando estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, por meio de um trabalho articulado entre profissionais de educação e saúde contemplando a integralidade e a interprofissionalidade do cuidado[5]. Estudos apontam que intervenções de promoção da saúde bucal realizadas em escolas têm provocado mudanças de cunho individual, especialmente no que diz respeito à higiene bucal, com resultados positivos quando associadas a atividades educativas continuadas[6].

Nesse contexto, a escola deve promover a conscientização dos alunos para o direito à saúde, sensibilizando-os para a busca permanente de conhecimento sobre os determinantes de saúde, de modo a permitir a tomada de decisões práticas acerca de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde[7]. A distribuição gratuita dos kits representa importante medida de equidade social, considerando que fatores socioeconômicos influenciam diretamente o acesso aos materiais de higiene e aos serviços odontológicos, determinando desigualdades nos desfechos de saúde bucal[8].

Diante dessa perspectiva, a Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco iniciou, no segundo semestre de 2025, por meio do Programa Sorria na Rede, uma ação de grande alcance voltada à promoção da saúde bucal dos estudantes da rede estadual de ensino. A iniciativa contemplou a entrega de aproximadamente 1 milhão de kits de higiene bucal, contendo duas escovas dentais e um creme dental, além da realização de atividades educativas sobre higiene oral e técnicas corretas de escovação.

Assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da implementação dessas ações educativas e da distribuição dos kits de higiene bucal nas escolas estaduais de Pernambuco, destacando os principais resultados observados e a relevância da iniciativa para a promoção da saúde no ambiente escolar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência e observação das ações de promoção da saúde bucal desenvolvidas na rede estadual de ensino de Pernambuco.

As atividades ocorreram no segundo semestre de 2025 e primeiro semestre de 2026 nas 1.080 unidades escolares da rede pública estadual. A iniciativa foi coordenada pelas Secretaria Estadual de Educação, através do projeto Sorria na Rede, responsável pela aquisição direta dos kits de higiene bucal e pela articulação das ações educativas junto às Gerências Regionais de Educação (GREs) e pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e da Coordenação de Articulação em Saúde Bucal, responsáveis pela articulação com os municípios.

Para subsidiar as ações, a Coordenação Estadual de Saúde Bucal e a Coordenação de Articulação em Saúde Bucal desenvolveram materiais didáticos de apoio, validados por profissionais da Secretaria Estadual de Educação. O material inclui um folheto direcionado a estudantes e famílias (Figura 1), que enfatiza a autonomia do aluno no autocuidado com a saúde bucal; um guia para as equipes de saúde bucal, que orienta a articulação municipal e as práticas viáveis no ambiente escolar; e, por fim, um guia voltado aos professores, com propostas de ações lúdicas e interativas, a exemplo de quizzes digitais.

Figura 1. Folheto sobre orientação de higiene bucal.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os kits distribuídos continham duas escovas dentais e um creme dental (Figura 2), entregues aos estudantes matriculados na rede estadual, incluindo os do ensino regular, ensino de jovens e adultos (EJA) e das escolas situadas nas unidades prisionais e territórios indígenas. Aproximadamente 1 milhão de kits foram disponibilizados: 498.881 no segundo semestre de 2026 e 507.363 no primeiro semestre de 2026, abrangendo todas as regiões do estado.

Figura 2. Kit de higiene bucal.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Além da distribuição dos materiais, foram realizadas ações educativas voltadas à promoção da saúde bucal, incluindo orientações sobre higiene oral, demonstrações práticas da técnica correta de escovação dentária e sensibilização acerca da importância dos cuidados preventivos para manutenção da saúde.

As atividades ocorreram no ambiente escolar, com participação de estudantes, professores, gestores e equipes de saúde do território. O presente relato foi construído com base na análise descritiva das experiências observadas durante a implementação das ações.

RESULTADOS

A implementação das ações de promoção da saúde bucal possibilitou ampla cobertura entre os estudantes da rede estadual de ensino de Pernambuco, alcançando aproximadamente 1 milhão de kits distribuídos desde o início do projeto. Em 2026, foram alcançados aproximadamente 306.260 (62,36%) estudantes matriculados no ensino médio, 116.321 (23,69%) estudantes do ensino fundamental, 60.406 (12,30%) estudantes da educação de jovens e adultos (EJA) e 8.111 (1,65%) estudantes da educação profissional (Figura 3).

Figura 3. Ação realizada na escola do presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, Recife, em maio de 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Observou-se significativa participação dos estudantes nas atividades educativas realizadas nas escolas, especialmente durante os momentos de orientação prática sobre escovação correta e higiene oral. As ações favoreceram maior interação entre os participantes e estimularam discussões sobre hábitos saudáveis relacionados à saúde bucal (Figura 4).

Figura 4. Ação realizada na Escola Estadual Indígena Kapinawá, Arcoverde, em agosto de 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Outro aspecto observado foi o fortalecimento da temática da promoção da saúde no ambiente escolar, a partir da incorporação das discussões sobre autocuidado e prevenção em diferentes atividades pedagógicas, ampliando o alcance das orientações desenvolvidas.

A continuidade semestral da ação também se mostrou relevante para manutenção das práticas educativas e reforço periódico das orientações sobre higiene oral, favorecendo a consolidação de hábitos preventivos entre os estudantes.

DISCUSSÃO

As ações de promoção da saúde bucal desenvolvidas na rede estadual de Pernambuco evidenciam a importância das políticas públicas intersetoriais voltadas à prevenção e ao cuidado em saúde no ambiente escolar. A associação entre distribuição de insumos básicos e educação em saúde fortalece estratégias preventivas e amplia o potencial de transformação de hábitos relacionados à higiene oral.

A escola configura-se como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas, especialmente por alcançar crianças e adolescentes em processo de formação de comportamentos e valores[7]. Nesse sentido, iniciativas contínuas podem produzir impactos positivos não apenas na saúde bucal, mas também na conscientização acerca do autocuidado e da promoção da saúde integral. A literatura aponta que programas de educação em saúde bucal desenvolvidos em escolas tendem a apresentar resultados favoráveis quando empregam metodologias participativas e ações educativas diversificadas[9].

A continuidade semestral das ações permite o reforço periódico das orientações e maior possibilidade de incorporação dos hábitos de higiene oral à rotina dos estudantes. Programas contínuos tendem a apresentar melhores resultados quando comparados a ações isoladas ou pontuais[6]. A esse respeito, a implementação do PSE em escolas públicas tem sido associada a melhores comportamentos e percepções relacionados à saúde bucal dos escolares[6].

A distribuição gratuita de materiais de higiene bucal representa, ainda, estratégia de redução de desigualdades, uma vez que fatores socioeconômicos influenciam diretamente o acesso a esses insumos e aos serviços odontológicos[8]. Desse modo, a iniciativa contribui para a equidade em saúde, alcançando públicos historicamente mais vulneráveis, como os estudantes do EJA e das escolas em unidades prisionais.

A participação conjunta da equipe escolar e equipe de saúde fortalece a integração entre as partes, favorecendo uma abordagem mais ampla e participativa da promoção da saúde no contexto escolar[3]. Apesar dos avanços observados, destaca-se a necessidade de monitoramento contínuo das ações e ampliação das estratégias educativas, visando garantir sustentabilidade e efetividade das iniciativas ao longo do tempo[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência demonstrou que a implementação das ações de promoção da saúde bucal na rede estadual de ensino de Pernambuco constituiu importante estratégia de incentivo ao autocuidado e à prevenção de doenças bucais entre estudantes da educação pública.

A entrega de aproximadamente 1 milhão de kits de higiene bucal, associada às atividades educativas sobre higiene oral e escovação correta, contribuiu para ampliar o acesso aos materiais básicos de higiene e fortalecer práticas preventivas no ambiente escolar.

A iniciativa evidenciou a relevância da articulação entre os setores de educação e saúde na construção de políticas públicas voltadas à promoção da qualidade de vida dos estudantes. Além disso, destacou o papel da escola como espaço fundamental para formação de hábitos saudáveis e disseminação de conhecimentos em saúde.

Por fim, ressalta-se a importância da continuidade e ampliação de ações semelhantes, considerando seu potencial impacto social e educativo, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

1. Morais HGF, Barros JM, Silva WR, Santos AA, Galvão MHR. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. Rev Baiana Saude Publica. 2020;44(1):181-196. doi:10.22278/2318-2660.2020.v44.n1.a3177.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica n. 17. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

3. Moraes M, Silveira DT, Carvalho VN, Krug SBF, Garcia EL, Campos D. Escola como espaço para estratégias de promoção da saúde: relato de vivências e experiências. Res Soc Dev. 2022;11(13):e24111335010. doi:10.33448/rsd-v11i13.35010.

4. Bressan A. A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.

5. Brasil. Ministério da Saúde; Brasil. Ministério da Educação. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

6. Moreira RS, Mauricio HA, Jordão LMR, Freire MCM. Implementação do Programa Saúde na Escola: relação com aspectos da saúde bucal dos estudantes. Saude Debate. 2023;46(spe 3):166-178. doi: 10.1590/0103-11042022E312.

7. Fonseca IR, Marisco G. Fatores de vulnerabilidades social e higiene pessoal na educação básica. Saberes Plurais Educ Saude. 2021;5(1):151-167. doi: 10.54909/sp.v5i1.112080

8. Fagundes MLB, Bastos LF, Amaral Júnior OL. Menegazzo GR, Cunha AR, Stein C,et al. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Rev Bras Epidemiol. 2021;24:e210004. doi: 10.1590/1980-549720210004.supl.2

9. Santos LRAC, Mialhe FL. Promoção da saúde bucal nas escolas brasileiras: revisão integrativa de literatura. Rev Fac Odontol Lins. 2022;31(1):59-71 . Doi:10.15600/2238-1236/fol.v31n1-2p59-71

10. Castro CO, Oliveira KS, Carvalho RB, Garbin CAS, Bueno RN. Programas de educação e prevenção em saúde bucal nas escolas: análise crítica de publicações nacionais. Odontol Clin-Cient. 2012;11(1):52-56.

CONSTRUINDO ESPAÇOS DE CUIDADO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Beatriz de Melo Pereira
Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros
Angela Bezerra da Silva
Dayne Maria Zacarias da Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap13

RESUMO

O presente estudo relata a experiência de profissionais residentes em Saúde da Família na condução de grupos terapêuticos voltados para crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município da Zona da Mata Sul de Pernambuco. Objetivou-se evidenciar a importância da Atenção Básica como espaço estratégico para o cuidado integral e territorializado, promovendo o desenvolvimento de habilidades sociais, cognitivas e emocionais, além do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Os encontros ocorrem mensalmente e são organizados conforme faixa etária e nível de suporte dos participantes, tendo as atividades planejadas pela equipe por meio de metodologias participativas, recursos lúdicos e materiais de baixo custo. Ao final de cada encontro são realizados

momentos de orientação e devolutivas às famílias, fortalecendo o cuidado compartilhado e longitudinal. Os resultados demonstram maior engajamento das crianças, melhora na interação social e fortalecimento do vínculo entre famílias e equipe de saúde. A experiência contribuiu para a formação das residentes, destacando a relevância do trabalho interdisciplinar, da escuta sensível e do cuidado humanizado na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Austista, Grupos, Atenção primária à saúde, Equipe multiprofissional

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um dos transtornos do neurodesenvolvimento mais prevalentes na infância, caracterizada principalmente por dificuldades persistentes na comunicação e interação social em diversos contextos, bem como por padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades[1]. A abordagem para o transtorno deve se dar de maneira interdisciplinar, de forma contínua e personalizada, focando de modo especial no estímulo das habilidades sociais, desenvolvimento da comunicação e promoção da autonomia[2].

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica possui centralidade e constitui-se como um lugar privilegiado quando se trata da continuidade do cuidado, visto que está mais próxima da vida cotidiana das famílias e comunidade de determinado território. Observa-se que por muitas vezes são nesses espaços de cuidado próximo à realidade de vida da família que surgem as primeiras inquietações acerca do neurodesenvolvimento da criança, e onde são direcionadas ao acompanhamento de maneira precoce e mais resolutiva, considerando o acompanhamento contínuo por meio especialmente das consultas de puericultura[3,4].

É válido ressaltar que o cuidado na Atenção Básica não se resume apenas à identificação precoce dos sinais dos transtornos do neurodesenvolvimento, mas também se apresenta

como lugar potencial para o suporte emocional, a orientação familiar e a articulação com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial[3,4].

Pensar o cuidado territorializado diz respeito à reconhecer a importância dos laços sociais, da convivência e do apoio social para o desenvolvimento da pessoa com TEA. Dessa forma, os grupos terapêuticos ou de estimulação cognitiva são espaços de convivência que se constituem como ferramentas centrais para o fortalecimento de vínculos e o estímulo à socialização, bem como são meios para a realização de trocas entre famílias que compartilham desafios semelhantes[5].

Desta feita, objetiva-se relatar a experiência das profissionais residentes em Saúde da Família na condução de um grupo para crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por grupos voltados a crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) de periodicidade mensal na Unidade Básica de Saúde (UBS) em um município da zona da mata sul de Pernambuco, desenvolvido com metodologias participativas, utilizando-se materiais de baixo custo e focando no estímulo das habilidades sociais e cognitivas desse público.

Os grupos ocorrem organizados de acordo com a faixa etária e com o nível de suporte que cada um apresenta, assim proporcionam um cuidado mais individualizado, acolhedor, seguro, humano e de consoante à realidade de cada pessoa e do território. As atividades são planejadas previamente pelas profissionais residentes da equipe multiprofissional (eMulti), considerando o desenvolvimento de aspectos relacionados à comunicação, socialização, coordenação motora, estímulos sensoriais e desenvolvimento emocional[2].

Para a confecção de ferramentas a serem utilizadas como mediadoras, a exemplo de jogos, são utilizados materiais de baixo

custo e fácil acesso, tais como papelão, cartolina, color set, lápis de cor, tinta guache e cola. As atividades são conduzidas de forma lúdica e interativa, utilizando-se de imagens, estimulando a participação ativa das crianças por meio de brincadeiras, dinâmicas coletivas e produções manuais, sempre respeitando o tempo, os limites, potencialidades e as singularidades de cada participante.

Ao final de cada encontro, é realizado um momento de devolutiva com os responsáveis, em que as profissionais compartilham observações sobre o desenvolvimento das crianças, orientações para continuidade dos estímulos no ambiente familiar e escuta das demandas trazidas pelas famílias, fortalecendo o cuidado compartilhado e longitudinal no território[3].

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O trabalho em grupo mostra-se especialmente importante para pessoas com TEA, considerando que favorece experiências de convivência, interação social e construção de vínculos, além de contribuir para o desenvolvimento de maneira global. A vivência coletiva também possibilita a troca entre as crianças e estimula habilidades sociais em um ambiente acolhedor e seguro, fortalecendo o sentimento de pertencimento e inclusão social[3,6].

Segundo o censo de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil possui, em média, 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo[7]. Observa-se um aumento da prevalência do transtorno em virtude especialmente da ampliação de critérios diagnósticos, maior consciência social, melhorias nos sistemas de vigilância e expansão do acesso aos serviços especializados[8].

Ao mesmo nota-se que diante do aumento do número de pessoas diagnosticadas, há um falta de capacitação específica dos profissionais para responderem a essa demanda, dificuldade na detecção precoce e dificuldades de articulação com a rede de atenção[9,10].

Ainda que existam dificuldades cotidianas no manejo e acompanhamento de pessoas com TEA, muitas também são as possi-

bilidades de intervenção que demandam, em síntese, criatividade, autonomia e proatividade dos profissionais de saúde, considerando que os recursos públicos são escassos mas há uma demanda que necessita ser acolhida e respondida da maneira mais resolutiva possível[10].

Sendo assim, salienta-se que o grupo surgiu a partir de uma demanda identificada pela gestão municipal com relação à longa fila de espera no atendimento especializado. Desse modo, após uma capacitação realizada pelo município aos profissionais da atenção primária à saúde, a ideia do grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) configura-se como uma estratégia de cuidado no território para ampliar o acesso e garantir a continuidade do cuidado[3,4].

Como resultados, observou-se maior engajamento das crianças ao longo dos encontros, melhora na interação social e fortalecimento do vínculo entre famílias e equipe de saúde. A experiência contribuiu significativamente para a formação acadêmica e pessoal das profissionais residentes, permitindo compreender na prática a importância do cuidado territorial, do trabalho interdisciplinar e da escuta sensível no acompanhamento de crianças com TEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do grupo terapêutico na Unidade Básica de Saúde (UBS) mostrou-se uma importante ferramenta para o estímulo das habilidades sociais, cognitivas e comunicacionais, além de favorecer a interação social e o fortalecimento da autonomia de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Ademais, a utilização de metodologias participativas e materiais de baixo custo demonstrou que intervenções acessíveis, contribuem para uma prática mais humanizada, inclusiva e resolutiva. O grupo também possibilitou o fortalecimento do suporte às famílias, promovendo espaços de escuta, acolhimento e compartilhamento de experiências entre cuidadores que vivenciam desafios semelhantes.

Destaca-se ainda a importância da atuação interdisciplinar das equipes de Saúde da Família e da articulação em rede para a continuidade do cuidado às pessoas com TEA. Para tal, fazem-se necessários investimentos em educação permanente, fortalecimento do trabalho em equipe e organização dos serviços, além da valorização do cuidado centrado na família e da integração intersetorial para garantir uma universalidade do cuidado de forma resolutiva e inclusiva.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2023.
2. Scorzzo LV, Bonadiman DL, Silva JFB, Rolim Filho OL. Impacto do acompanhamento multiprofissional no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com autismo. J Soc Issues Health Sci. 2025;2(2). doi:10.5281/zenodo.14925341.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2026 May 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf
4. Maciel NGP. Abordagem do autismo infantil na atenção básica: revisão integrativa. Rev Interdisciplinar DE. 2020;7:466-481. doi: 10.35621/23587490.v7.n1.p466-48.
5. Gonçalves JBD, Oliveira FN, Araújo GC, Eustáquio ALAP. Relato de experiência: intervenção multidisciplinar em grupos terapêuticos para crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento e transtornos de aprendizagem. Rev REMECS. 2025;10(16):111-115.
6. Meira DG, Jesus JYO, Marques LF. Os benefícios das atividades físicas lúdicas para crianças com transtorno do espectro autista (TEA): desenvolvimento de habilidades sociais, biológicas e comportamentais. Rev Faculdades do Saber. 2023;8(18):1931-1941.

7. Montoro AC. Brasil tem 2,4 milhões de pessoas diagnosticadas com autismo, aponta Censo; homens são maioria [Internet]. G1. 2025 [cited 2026 May 11]. Available from: https://g1.globo.com/saude/noticia/2025/05/23/brasil-tem-24-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-autismo-aponta-censo-homens-sao-maioria.ghtml

8. Silva BE, Cassimiro RD, Carvalho ACT, Ribeiro LO, Cintra GS, Miranda CV, et al. Aumento dos diagnósticos de transtorno do espectro autista: fatores associados, diagnóstico e abordagens de tratamento. Braz J Health Rev. 2025. Doi: 10.34119/bjhrv8n6-383.

9. Spoladori LN, Melo ABO, Ferreira MHD, Ferreira LO, Silva RLG, Reis RBO, Monteiro SKC, et al. Assistência de equipe à criança com transtorno do espectro autista na Atenção Primária. Braz J Implantol Health Sci. 2026;8(3):1551-1561. doi: 10.36557/2674-8169.2026v8n3p1551-1561

10. Prigolli JB, Rostirolla LM, Grando P. Percepções e desafios de profissionais da enfermagem na Atenção Primária à saúde frente ao transtorno do espectro autista. Saberes Plurais Educ Saude. 2025;9(1):e146185. doi: 10.54909/sp.v9i1.146185.

SUBFINANCIAMENTO, AUSTERIDADE E POLÍTICAS ESTRATÉGICAS NO SUS: LIMITES ESTRUTURAIS AO FINANCIAMENTO DE POLÍTICAS VOLTADAS A POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Luiz Valério Soares da Cunha Júnior[1]
Larissa Keyla Ferreira Canel[1]
Anne Francis da Rocha Neris[1]
Rebeca Agreles de Holanda Barbosa[2]
Tayná Larissa Barbosa de Oliveira[2]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap14

RESUMO

O estudo analisa os limites estruturais ao financiamento das políticas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS) entre 1988 e 2026, tendo como caso emblemático a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2010). Por meio de análise documental e bibliográfica, examinam-se marcos normativos como a Constituição Federal de 1988, as Emendas Constitucionais 29/2000 e 95/2016, a Lei Complementar 141/2012, a LC 200/2023 e portarias de financiamento como o Previne Brasil. Os resultados apontam que o subfinanciamento é traço estrutural do SUS: o gasto público em saúde permanece abaixo de 4% do PIB, inferior ao de países como Costa Rica, Colômbia e Chile. O federalismo fiscal concentra receitas na União e gera de-

pendência dos entes subnacionais, enquanto medidas de austeridade ampliam a fragilidade das políticas voltadas a populações vulnerabilizadas — como pessoas LGBTIAPN+, quilombolas e indígenas. A pulverização normativa por portarias fragmenta o financiamento e esvazia na prática essas agendas. Conclui-se que o subfinanciamento não é um problema meramente técnico, mas uma escolha política atrelada à disputa pelo fundo público. Recomenda-se a criação de vinculação orçamentária específica para políticas de populações vulnerabilizadas e a revisão dos mecanismos de transferência federativa, a fim de garantir que identidades marginalizadas não sejam secundarizadas nas disputas por recursos.

Palavras-chave: Financiamento da saúde, Sistema Único de Saúde, Austeridade fiscal, Políticas estratégicas, Saúde LGBT

INTRODUÇÃO

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, representou uma inflexão histórica ao reconhecer a saúde como direito universal e dever do Estado[1]. Esse processo resultou da intensa mobilização dos movimentos sociais no contexto da redemocratização brasileira, após décadas de ditadura civil-militar, e configurou o movimento conhecido como Reforma Sanitária Brasileira[2]. A partir desse marco, a saúde passou a ser estruturada sobre os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, o que exige do Estado compromisso efetivo com os direitos sociais e uma compreensão ampliada do sujeito de direitos.

Entretanto, a concretização desse direito ocorreu em um cenário marcado por profundas contradições entre o projeto universalista defendido pela Reforma Sanitária e a hegemonia de políticas econômicas restritivas, orientadas pela redução da intervenção estatal na garantia de direitos básicos. Nesse sentido, argumenta-se que o subfinanciamento do SUS constitui um traço estrutural do sistema, apesar de sua pretensão universal.

Paralelamente, entre as décadas de 1990 e 2000, a desigualdade social ganhou centralidade na agenda política internacional, culminando na criação da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde, em 2005, e, no Brasil, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2006. Tais iniciativas buscaram enfrentar as desigualdades em saúde nos âmbitos global e nacional, compreendendo os Determinantes Sociais da Saúde como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam as condições de saúde e a exposição a situações de risco.

Nessa perspectiva, tal compreensão induziu a formulação de políticas públicas específicas para diferentes segmentos populacionais, de acordo com seus distintos graus de vulnerabilidade. Desse modo, o financiamento da saúde assume papel central, pois condiciona a viabilidade das políticas públicas e define os limites concretos para a efetivação do direito à saúde.

Dois aspectos, portanto, merecem análise articulada: de um lado, os constrangimentos estruturais ao financiamento do SUS enquanto sistema universal; de outro, os impactos desses constrangimentos sobre políticas estratégicas destinadas a populações historicamente vulnerabilizadas, como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída em 2010.

Entre os fatores estruturais que explicam o subfinanciamento do SUS, destaca-se a forma como o pacto federativo brasileiro organiza responsabilidades e recursos entre os entes da federação. No modelo consolidado pela Constituição de 1988, a descentralização político-administrativa estabelece-se como princípio organizador do sistema. Contudo, essa descentralização não foi acompanhada por uma redistribuição proporcional das receitas tributárias, o que resultou em forte concentração de recursos na União e em um subfinanciamento estrutural[3,4].

Estados e municípios, sobretudo estes últimos, assumem papel central na execução das ações e serviços de saúde, mas dependem significativamente das transferências federais para garantir sua

sustentabilidade financeira — dependência que reforça o papel indutor da União, a qual, por meio dos mecanismos de financiamento, define prioridades e condiciona a implementação de políticas públicas[5].

Embora o mecanismo de transferência "fundo a fundo" tenha ampliado a regularidade dos repasses, a distribuição dos recursos permanece marcada por critérios insuficientemente regulamentados e por forte influência de normativas infralegais. Esse arranjo limita a autonomia dos entes subnacionais e dificulta o planejamento de longo prazo, com impacto especial sobre políticas voltadas a grupos populacionais específicos, cujo financiamento tende a depender de incentivos federais instáveis[6].

Cabe ressaltar que a descentralização, assim como os demais princípios do SUS, constitui um processo em construção: sua efetivação depende de garantias como financiamento adequado, recursos humanos e articulação entre os entes federativos, condições que não estão asseguradas em todas as localidades. Pois, como coloca Darcy Ribeiro, existem muitos "Brasis" dentro do Brasil, e os resultados da descentralização dependem diretamente do compromisso conjunto dos entes em assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade.

Diante desse quadro, o presente artigo tem por objetivo analisar os limites estruturais ao financiamento de políticas estratégicas no SUS, articulando o federalismo fiscal e a austeridade à análise da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, de modo a evidenciar como o subfinanciamento afeta, de forma desproporcional, as populações historicamente vulnerabilizadas.

METODOLOGIA

Trata-se de artigo de reflexão, fundamentado em análise documental e bibliográfica sobre a economia política da saúde no Brasil. Foram examinados marcos normativos — a Constituição Federal de 1988, a Emenda Constitucional n.º 29/2000, a Lei Complementar n.º 141/2012, a Emenda Constitucional n.º 95/2016, a Lei

Complementar n.º 200/2023 e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT[7]. A discussão apoiou-se em autores da economia política e da saúde coletiva, articulando dados de execução orçamentária à produção científica sobre saúde da população LGBTQIAPN+, com o propósito de discutir o impacto do subfinanciamento sobre as populações em situação de vulnerabilidade.

RESULTADOS

A análise evidenciou que o subfinanciamento constitui um dos principais entraves à consolidação de políticas públicas universais no Brasil, isso porque o gasto público em saúde permanece abaixo do observado em países com sistemas universais, enquanto o gasto privado assume papel predominante. O Brasil é, ainda, o único país com sistema universal em que o gasto privado supera o público.

Essa configuração reflete a manutenção de um modelo segmentado, no qual o setor privado é estruturalmente fortalecido[8]. A coexistência entre um sistema público subfinanciado e um setor suplementar robusto evidencia uma dinâmica de disputa pelo fundo público: os incentivos fiscais aos planos de saúde e a possibilidade de dedução de despesas médicas no imposto de renda funcionam como formas indiretas de financiamento público ao setor privado[3,9]. Esse arranjo é particularmente problemático para as populações que dependem exclusivamente do SUS — como grande parte da população negra, pessoas LGBTQIAPN+ de baixa renda, quilombolas, povos indígenas e pessoas em situação de rua —, pois a ausência de capacidade de compra de serviços privados as torna integralmente dependentes de um sistema cronicamente subfinanciado.

Esse cenário é agravado pelas políticas de austeridade fiscal, que intensificaram as limitações ao financiamento da saúde, um processo que foi reafirmado com a Emenda Constitucional n.º 95/2016, que, ao instituir o Teto de Gastos, aprofundou o subfinanciamento crônico do SUS e comprometeu a expansão das políticas sociais ao reduzir sua participação na Receita Corrente Líquida (RCL) federal.

Posteriormente, após modificações trazidas pela Emenda Constitucional n.º 126/2022, a lógica de contenção foi reorganizada pela Lei Complementar n.º 200/2023, que estabeleceu o Novo Arcabouço Fiscal. Esse novo regime vincula o crescimento das despesas ao aumento da arrecadação e ao cumprimento de metas de resultado primário, prevendo limites de expansão baseados na inflação e na receita, além de mecanismos de controle e sanções. Embora apresentado como uma correção à rigidez do modelo anterior, o arcabouço mantém a subordinação das políticas sociais à lógica do equilíbrio orçamentário.

A fragmentação do financiamento configura outro fator decisivo para a compreensão das dificuldades das políticas estratégicas, pois muitas dessas políticas são custeadas por incentivos específicos, instituídos por portarias ministeriais, sem vinculação constitucional nem previsão orçamentária permanente. Essa característica as torna vulneráveis a contingenciamentos e descontinuidades, uma vez que sua manutenção depende da prioridade política atribuída pelo governo em exercício.

A habilitação de serviços no Processo Transexualizador em Pernambuco: avanços concretos no contexto do subfinanciamento

No plano subnacional, o estado de Pernambuco constitui um exemplo emblemático de como a articulação política e técnica interfederativa pode produzir avanços concretos mesmo diante dos constrangimentos estruturais do financiamento do SUS. A Resolução CIB/PE n.º 6736, de 20 de agosto de 2024, aprovada no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco, representou um marco institucional ao dispor sobre o credenciamento e a habilitação de serviços no Processo Transexualizador no SUS, nas modalidades ambulatorial e hospitalar, reconhecendo oficialmente os Serviços de Referência em Saúde LGBT distribuídos em municípios pernambucanos, incluindo Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho, Serra Talhada e Petrolina.

Essa resolução fundamenta-se no arcabouço legal do SUS, incluindo a Lei n.º 8.080/1990, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) e normativas específicas do Processo Transexualizador, bem como a Política Estadual de Saúde Integral LGBT de Pernambuco, instituída pela Portaria SES/PE n.º 060/2015. Contudo, a própria resolução reconhece uma das marcas estruturais do subfinanciamento: o credenciamento não está condicionado à alocação imediata de recursos financeiros, devendo os valores correspondentes ser incorporados ao Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) somente quando houver definição de financiamento pelo Ministério da Saúde — explicitando, portanto, a vulnerabilidade das políticas estratégicas à lógica orçamentária vigente.

No ano seguinte, conforme Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde em 12 de dezembro de 2025, cinco serviços foram habilitados na Atenção Especializada — Modalidade Ambulatorial (código 30.02), integrando formalmente a Rede de Atenção à Saúde do SUS. A tabela a seguir apresenta os serviços habilitados, seus respectivos atos normativos, municípios sede e valores anuais de financiamento federal:

Tabela 1. Serviços de Pernambuco habilitados no Processo Transexualizador e valores de recurso federal anual. Recife, Pernambuco, 2025

Serviço / Estabelecimento	Portaria	Município	Valor Anual
Centro de Referência Darlen Gasparelly	Portaria GM/MS n.º 9.359, de 12/12/2025	Camaragibe (PE)	R$ 233.136,00
Ambulatório LGBTI+ Abby Moreira	Portaria GM/MS n.º 9.353, de 12/12/2025	Jaboatão dos Guararapes (PE)	R$ 233.136,00
Ambulatório LGBTI+ Dani Almeida	Portaria GM/MS n.º 9.354, de 12/12/2025	Vitória de Santo Antão (PE)	R$ 93.228,48
Ambulatório LBT do Hospital da Mulher do Recife (HMR)	Portaria GM/MS n.º 9.355, de 12/12/2025	Recife (PE)	R$ 192.800,40
Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM)	Portaria GM/MS n.º 9.350, de 12/12/2025	Recife (PE)	R$ 44.794,56

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados revelam uma distribuição regional dos serviços que avança para além da capital, abrangendo municípios como Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão — o que evidencia progresso na descentralização da atenção especializada. Os valores de financiamento variam de R$ 44.794,56 a R$ 233.136,00 anuais, refletindo diferentes capacidades instaladas e escopos assistenciais. Importa destacar que quatro dos oito serviços credenciados pela CIB/PE em 2024 lograram habilitação federal em 2025, o que, embora represente um avanço significativo, também revela os limites do processo: metade dos serviços credenciados ainda aguarda formalização do financiamento federal, o que reforça a tese da vulnerabilidade das políticas estratégicas à lógica de priorização orçamentária.

A viabilização dessas habilitações resultou de um processo de articulação política, técnica e institucional conduzido pela Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT+ da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), envolvendo diálogo permanente com gestores municipais, áreas técnicas da SES/PE e instâncias federais. Essa experiência ilustra tanto as possibilidades quanto os limites do modelo atual: a expansão da rede depende de intensa negociação interfederativa e da prioridade política dos gestores, em vez de assentar-se sobre garantias normativas e orçamentárias estáveis. Confirma-se, assim, o diagnóstico central deste artigo: enquanto o financiamento das políticas LGBT não contar com vinculação constitucional específica, sua efetividade permanecerá condicionada à conjuntura política e às restrições impostas pelo arcabouço fiscal vigente.

DISCUSSÃO

Os limites identificados não podem ser compreendidos apenas como problemas técnicos de gestão; expressam a inserção dependente do Brasil na economia mundial e as disputas políticas em torno do fundo público[3]. A própria trajetória histórica do financiamento da saúde confirma essa leitura. Haja vista que a

Constituição de 1988 não definiu com clareza a participação dos entes federados no custeio da Seguridade Social. Nos governos seguintes, sob forte ofensiva neoliberal, não foram adotadas medidas efetivas para garantir recursos e ampliar o gasto público com o SUS. Foi nesse período que se instituiu a Desvinculação das Receitas da União, mecanismo ainda vigente, que permite desvincular parcela da arrecadação das contribuições sociais de sua destinação original — a Seguridade Social — para uso livre pelo governo federal.

A desvinculação de receitas e o pagamento de juros da dívida pública constituem os principais mecanismos de desvio do fundo público para fora das políticas sociais[10]. A primazia do capital financeiro sobre o orçamento público compromete o financiamento dos direitos sociais e subordina-os à lógica rentista[11]. Apenas por volta dos anos 2000 surgiram tentativas concretas de definição quantitativa do gasto público em saúde, com a Emenda Constitucional n.º 29/2000, que fixou parâmetros de participação da União, dos estados e dos municípios, embora sem delimitar com precisão o que se considera ação e serviço público de saúde. Essa definição só viria com a regulamentação da Lei Complementar n.º 141/2012. A própria Emenda de 2000 ampliou a participação subnacional no custeio do sistema, que passou de 40,2%, em 2000, para 57,5%, em 2014 — deslocamento que reforça a dependência das transferências federais e o papel indutor da União.

Essa dinâmica reflete diretamente na invisibilidade das minorias. A lógica produtivista que orienta os modelos de financiamento por desempenho marginaliza grupos cujas demandas complexas não são facilmente conversíveis em metas quantitativas — submetendo-os a um sistema que sequer dispõe de indicadores estruturados para reconhecer e contabilizar suas reais necessidades. Quando associada à fragmentação do financiamento por portarias ministeriais, essa lógica posiciona as políticas estratégicas na periferia da hierarquia orçamentária, tornando-as as primeiras a sofrer cortes em cenários de restrição fiscal.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, publicada em 2010, exemplifica de maneira emblemática essa dinâmica. Fruto de um longo percurso iniciado em 2003, com as primeiras articulações ligadas ao Programa Brasil Sem Homofobia, a política expressa uma conquista histórica dos movimentos sociais[7]. Alicerçada nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, ela representa um avanço paradigmático ao incorporar a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais de saúde e ao reconhecer que todas as formas de discriminação — lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia — devem ser compreendidas como determinantes do sofrimento e do adoecimento.

A análise de sua implementação, contudo, revela tensões persistentes. A primeira diz respeito à fragmentação do próprio movimento LGBTIAPN+: as políticas de saúde emergem de projetos em conflito, e a construção da política foi marcada por disputas internas, incluindo a invisibilidade histórica das demandas de lésbicas e mulheres bissexuais[6]. A segunda, de natureza estrutural, refere-se ao financiamento: a política não conta com vinculação constitucional de recursos e depende de incentivos específicos custeados por portarias, o que a torna vulnerável a contingenciamentos e à alternância de prioridades governamentais[11]. Esse reconhecimento normativo, portanto, não se traduz em prioridade orçamentária.

Diante dessa instabilidade, gestores recorrem a estratégias complementares e alternativas, como a captação de recursos por emendas parlamentares para a assistência ambulatorial[12]. Tais arranjos, entretanto, evidenciam os próprios entraves da política: as ações tornam-se pontuais, dependentes de doações e sujeitas à descontinuidade do cuidado, o que afasta a população LGBT do seu direito institucional à saúde. A efetividade da política mostra-se, assim, multidimensional, pois exige investimento articulado em financiamento, formação continuada dos profissionais, infraestrutura e monitoramento[6] — elementos que raramente se articulam na prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise consolidada evidencia que as dificuldades no financiamento de políticas públicas estratégicas no SUS expressam um conjunto articulado de determinações estruturais. O subfinanciamento crônico, a centralização fiscal no modelo federativo, a fragmentação do financiamento, a austeridade imposta pelo teto de gastos e pelo novo arcabouço fiscal e a disputa pelo fundo público constituem elementos que limitam a consolidação do direito universal à saúde e afetam de forma desproporcional as políticas voltadas a populações historicamente marginalizadas.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT representa, nesse contexto, ao mesmo tempo uma conquista histórica e um campo de tensão permanente. A enunciação formal de direitos não garante, por si só, sua materialização: sem financiamento adequado, estável e constitucionalmente protegido, as políticas estratégicas permanecem vulneráveis a contingenciamentos e à alternância de orientações governamentais.

Superar os limites identificados exige mais do que ajustes técnicos no modelo de financiamento. Implica enfrentar a lógica da austeridade fiscal, revisar os mecanismos de transferência intergovernamental, rever as renúncias fiscais que beneficiam o setor privado de saúde e reorientar as prioridades do Estado brasileiro, com a criação de mecanismos específicos de vinculação de recursos para políticas estratégicas. A defesa do SUS deve ser compreendida, portanto, como parte de um projeto mais amplo de democratização do fundo público e de afirmação dos direitos sociais — especialmente daqueles cujos corpos e identidades ainda são tratados como secundários nas disputas orçamentárias.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.

3. Marques RM. Notas exploratórias sobre as razões para o subfinanciamento estrutural do SUS. Planej Polit Publicas. 2017;(49):35-45.

4. Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2012.

5. Mendes A. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo contemporâneo. São Paulo: Hucitec; 2013.

6. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

8. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

9. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. Cien Saude Colet. 2018;23(6):1769-1778. doi: 10.1590/S1413-81232009000300011

10. Salvador E. Fundo público e seguridade social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2010.

11. Funcia FR. O impacto da Emenda Constitucional 95/2016 no financiamento da saúde. Saude Debate. 2019;43(spe 5):27-38.

12. Pernambuco. Secretaria de Saúde. Nota técnica: doação de hormônios para serviços de referência em saúde LGBT+ de Pernambuco. Recife: DGPET/SES-PE; 2026.

15 DIÁLOGO ENTRE REDES E GOVERNANÇA DO CUIDADO: ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS INTEGRADAS PARA A ATENÇÃO AO AUTISMO E OUTRAS NEURODIVERSIDADES

Valdza Nunes de Aguiar Soares
Roberta Gomes Menezes de Lima
Tatiana de Paula Santana da Silva
Emmanuelle Olímpio da Silva
Tássia Mayra Oliveira Farias

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap15

RESUMO

O cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e demais neurodiversidades demanda articulação intersetorial, construção coletiva de políticas públicas e fortalecimento da governança em rede. Este capítulo relata a experiência do Fórum Intersetorial de Cuidado Integral à Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades em Pernambuco, organizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em parceria com a Secretaria Executiva de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. O objetivo foi fortalecer estratégias de cuidado integral, inclusão social e garantia de direitos, a partir de um modelo de governança colaborativa. A experiência foi estruturada em três fases: mobilização inicial pelo Grupo de Trabalho (GT TEA), sistematização

das proposições da Jornada Intersetorial de 2025 e articulação intersetorial das políticas vigentes. O Fórum consolidou espaço de pactuação entre setores, resultando em compromissos públicos para continuidade das ações. A experiência reforça a importância da governança em rede e do cuidado integrado no âmbito das políticas públicas brasileiras.

Palavras-chave: Autismo, Neurodiversidade, Governança em saúde, Intersetorialidade, Políticas públicas, Rede de cuidado

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por déficits persistentes na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento[1]. O aumento da prevalência global e o aprimoramento dos critérios diagnósticos têm ampliado a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde e fortalecimento de políticas públicas baseadas em cuidado contínuo e integral[2].

No Brasil, a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista estabelece diretrizes para atenção integral, inclusão social e articulação intersetorial entre saúde, educação e assistência social[3]. Apesar dos avanços normativos, persistem desafios estruturais relacionados à fragmentação do cuidado e à baixa integração entre os pontos da rede assistencial[4].

A Organização Mundial da Saúde destaca que sistemas de saúde organizados em rede e com abordagem comunitária são mais efetivos para responder às necessidades de pessoas com condições do neurodesenvolvimento[5]. Nesse cenário, a governança colaborativa emerge como estratégia central para promover integração institucional, qualificação da gestão e ampliação do acesso ao cuidado.

Em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde, por meio da Diretoria Geral de Promoção à Equidade e Territórios (DGPET),

Coordenação Geral de Políticas para as Pessoas com Deficiência e Neurodiversidade (CGPDN) e da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades (CASPTEAN), tem desempenhado papel estratégico na estruturação de políticas públicas voltadas ao autismo.

A CASPTEAN destaca-se como eixo técnico-operacional da política estadual, sendo responsável por articular ações de vigilância, educação permanente, organização da rede de cuidado e fortalecimento da intersetorialidade. Em parceria com a Secretaria Executiva de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, consolidou o Fórum Intersetorial como dispositivo estratégico de governança do cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a organização e implementação do Fórum Intersetorial de Cuidado Integral à Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades em Pernambuco, instituído em 2025.

O processo foi coordenado pela CASPTEAN/SES-PE, com apoio técnico da DGPET, CGPDN, do GT TEA, GT Autistas Adultos, envolvendo ainda instituições parceiras das áreas de saúde, educação, assistência social, urbanismo e empregabilidade.

A experiência foi estruturada em três fases metodológicas integradas:

Fase 1 – Mobilização e construção inicial pelo GT TEA:

O Grupo de Trabalho TEA reuniu representantes técnicos da SES-PE e parceiros intersetoriais para a identificação de nós críticos da rede de cuidado. Foram realizadas reuniões sistemáticas com análise de fluxos assistenciais, acesso ao diagnóstico, regulação de serviços especializados e articulação com a atenção primária. A CASPTEAN atuou como núcleo técnico central, organizando evidências e sistematizando demandas do território.

Fase 2 – Instituição do Fórum e Sistematização da Jornada Intersetorial de 2025:

As contribuições do I Fórum e da I Jornada Intersetorial de Atenção à Pessoa com TEA, Neurodiversidades e suas Famílias foram organizadas pela CASPTEAN em conjunto com áreas técnicas da SES-PE e GTs TEA e Autistas Adultos. Essa etapa permitiu a consolidação de eixos prioritários, como articulação intersetorial e cuidado integral; qualificação profissional; acesso ao cuidado e garantia de direitos; integralidade do cuidado e desmedicalização; inclusão e saúde do trabalhador; cuidando do cuidador.

Fase 3 – Articulação intersetorial ampliada:

Nesta etapa, a CASPTEAN coordenou a integração entre secretarias estaduais (Educação, Assistência Social, Direitos Humanos, Urbanismo e Empregabilidade), promovendo alinhamento de políticas existentes e identificação de convergências programáticas. A equipe técnica da CASPTEAN e os participantes dos GTs atuaram como executores dos processos formativos e logísticos, garantindo a viabilidade operacional do II Fórum, a partir da escuta ativa e contribuições da sociedade civil, conselhos, instituições de ensino, representantes da regionalização da saúde e justiça.

O método adotado foi descritivo, baseado em análise documental, registros institucionais e relatórios técnicos da organização do evento, tornando o Fórum um espaço permanente, com frequência bimensal, visando a operacionalização e monitoramento das proposições, por eixos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência do Fórum Intersetorial demonstrou um avanço significativo na consolidação da governança intersetorial do cuidado às pessoas com TEA em Pernambuco, tendo a CASPTEAN como principal articuladora técnica do processo.

Na primeira fase, o GT TEA possibilitou a identificação de

fragilidades estruturais da rede, incluindo baixa integração entre serviços, dificuldades no fluxo de encaminhamento e ausência de protocolos unificados de cuidado. A CASPTEAN desempenhou papel central na sistematização dessas evidências, transformando-as em insumos para planejamento estadual.

Na segunda fase, o I Fórum e a I Jornada Intersetorial construiu um conjunto robusto de proposições estratégicas, com destaque para o fortalecimento intersetorial da educação permanente, ampliação da formação multiprofissional, qualificação do diagnóstico, do cuidado ao cuidador, inclusão do trabalhador e expansão da rede de reabilitação. A CASPTEAN foi responsável por consolidar essas propostas e dar seguimento ao processo de implementação do Fórum.

Na terceira fase, a articulação intersetorial coordenada pela CASPTEAN promoveu a integração entre políticas de saúde, educação, assistência social, urbanismo e direitos humanos, permitindo que diferentes setores apresentassem suas ações estruturadas e programas em andamento. Essa integração fortaleceu a capacidade de resposta do Estado às demandas da população com TEA.

O II Fórum resultou em pactuação interinstitucional formal, com compromisso público de continuidade das discussões e operacionalização das proposições formuladas pela população para o fortalecimento da rede de cuidado. O evento consolidou-se como espaço permanente de governança colaborativa, reforçando o protagonismo da CASPTEAN como núcleo técnico de articulação estadual.

DISCUSSÃO

A experiência evidencia que a governança intersetorial é elemento estruturante para o cuidado às pessoas com TEA, especialmente em contextos de alta complexidade assistencial[4]. A fragmentação das redes de cuidado permanece como um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde, exigindo estratégias integradas e territorializadas[5-8].

A atuação da CASPTEAN demonstrou-se fundamental para o fortalecimento da política de cuidado às neurodiversidades em Pernambuco, funcionando como instância técnica articuladora entre gestão, serviços, formação profissional e sociedade civil. Sua atuação reforça o papel estratégico de referências especializadas na organização de políticas públicas complexas.

Modelos de governança colaborativa são reconhecidos internacionalmente como mais eficazes na resposta às necessidades de populações com condições do neurodesenvolvimento[3,9-14]. No caso de Pernambuco, a construção em fases permitiu maior coerência entre planejamento, execução e pactuação institucional.

Além disso, a articulação intersetorial ampliou a capacidade do Estado de responder às demandas sociais[13-15], especialmente no que se refere à inclusão escolar, atenção à crise, suporte às famílias e fortalecimento da rede comunitária de cuidado, implicando a população como ator na construção da política pública. A CASPTEAN atuou como eixo integrador dessas ações, promovendo alinhamento técnico e político entre os setores envolvidos.

A experiência também evidencia que espaços como o Fórum Intersetorial não apenas promovem diálogo, mas estruturam efetivamente a governança pública, permitindo monitoramento contínuo e fortalecimento das políticas existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O II Fórum Intersetorial representou um marco na consolidação da governança do cuidado ao autismo e às demais neurodiversidades em Pernambuco.

A experiência demonstrou que a articulação intersetorial, liderada tecnicamente pela CASPTEAN, é fundamental para a qualificação das políticas públicas e fortalecimento da rede de cuidado.

O modelo de cuidado dialogado reafirma-se como estratégia potente para promover inclusão, integralidade e sustentabilidade das ações intersetoriais de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ramos MS. A dicotomia integralidade versus fragmentação no Sistema Único de Saúde - SUS: um olhar a partir da governança. Foz do Iguaçu; 2024.
2. Pessoa RM, Muniz RM, Ckagnazaroff IB. Governança colaborativa para pesquisa em saúde: implicações da análise do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde. Rev Serv Pública. 2020; 71(2020). doi: 10.21874/rsp.v71ic.4649.
3. Cruz KO, Gomes JSA, Reis TSC, Braz AVSC, Silva JGG, Kapps ACSP, et al. A rede de atenção à saúde para crianças com TEA e as estratégias integradas de tratamento: relato de discentes de medicina. Rev Foco. 2025;18(3):1–18. doi: 10.54751/revistafoco.v18n3-125.
4. Cunha SN. Acesso aos direitos fundamentais das Pessoas com Autismo: desafios na implementação da inclusão. Rev Gestão Conhecimento. 2024;18(2).
5. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde: Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo. Brasília; 2022 [citado 2025 Set 01]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-divulga-documento-com-conteudo-e-publicacoes-sobre-o-espectro-autista
6. Almeida ML, Neves AS. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? Psicologia: Ciência Profissão. 2020;40, doi: 10.1590/1982-3703003180896.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: IBGE; 2025.
8. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE). Levantamento do atendimento a pacientes com TEA no Estado. Recife: TCE-PE; 2023.
9. Brasil. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União. 2012 Dez 28;Seção 1:1.
10. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Dez 31;Seção 1:25637.

11. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco. Portaria SES/PE nº 302, de 25 de junho de 2025. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Ano CII, No 113; 2025 Jun 26. Seção Poder Executivo:3.
12. Santos EL, Lima WS. Acesso ao Diagnóstico e Tratamento de Crianças com TEA pelo SUS: Desafios e Experiências na Perspectiva dos Pais em Jaru, Rondônia. Rev Acad Lusofonia. 2024;1(4):1–29 doi: 10.69807/2966-0785.2024.56.
13. Ferreira Júnior M. Percepção das mães de pessoas com transtorno do espectro autista sobre cuidados no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024. 179f.
14. Santos AAL, Melo MEFA, Nunes DB. Rede de assistência à saúde da criança autista sob a ótica das mães. Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ. 2021;7(7) doi: 10.51891/rease.v7i7.1815.
15. Grabr C, Frison LM. Governança intersetorial no cuidado à pessoa com deficiência: desafios e aprendizados. Braz J Health Rev. 2025;8(5):1–15.

16

GRUPO DE LEITURA "EQUIDADE E INTERSECCIONALIDADE EM SAÚDE": REFLEXÕES COLETIVAS PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS MAIS JUSTAS NO SUS

Lorena Franco Sobral[1]
Melba Santiago Menezes[2]
Diego Francisco Lima da Silva[3]
Maria Ruhama Ferreira Alves[2]
Andressa Purificação dos Anjos[3]

[1]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap16

RESUMO

A experiência relatada diz respeito à realização do Grupo de Leitura "Equidade e Interseccionalidade em Saúde", desenvolvido em parceria entre a Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra (CASPN/DGPET/SEVSAP/SES-PE), a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e o Grupo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco. O grupo constituiu-se como espaço de formação continuada e reflexão crítica, reunindo profissionais de saúde, gestores e pesquisadores interessados em aprofundar o entendimento sobre as determinações sociais que atravessam

os processos de saúde-doença-cuidado da população negra. Por meio de encontros periódicos pautados na leitura e discussão de textos teóricos e empíricos, o grupo promoveu o diálogo entre os referenciais da equidade racial em saúde e da interseccionalidade. A obra Bem mais que ideias, de Patricia Hill Collins, constituiu o texto-base metodológico central do grupo, fundamentando a interseccionalidade não apenas como categoria analítica, mas como metodologia para a transformação das práticas em saúde. O percurso metodológico baseou-se também na educação popular em saúde e na pedagogia crítica, com dinâmicas participativas que favoreceram a escuta horizontal e a troca de saberes entre os três espaços institucionais. Os resultados apontam para avanços na capacidade reflexiva dos participantes, qualificação das análises sobre iniquidades raciais em saúde e fortalecimento da articulação interinstitucional. Conclui-se que parcerias como essa são estratégicas para a consolidação de um modelo de saúde sustentável, integrado e comprometido com o enfrentamento do racismo institucional.

Palavras-chave: Equidade racial em saúde, Interseccionalidade, Educação permanente em saúde, População negra, Racismo institucional

INTRODUÇÃO

A construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal e equânime requer, além de medidas técnicas e normativas, a formação crítica dos sujeitos que o integram. No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) nasce da luta por equidade e reconhece, em seus princípios fundantes, que saúde é um direito de todos e dever do Estado[1]. Contudo, persistem profundas desigualdades raciais no acesso e na qualidade dos serviços ofertados à população negra, expressas em indicadores que revelam maior morbimortalidade, menor cobertura e pior qualidade do cuidado[2,3].

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria GM/MS nº 992/2009, represen-

ta um marco no reconhecimento do racismo como determinante social da saúde e na afirmação dos direitos da população negra no âmbito do SUS[4]. A interseccionalidade, conceito originalmente formulado por Kimberlé Crenshaw[5] e aprofundado no pensamento feminista negro, oferece uma lente analítica fundamental para compreender como raça, gênero, classe e território se articulam na produção de vulnerabilidades específicas para mulheres negras e outros grupos subalternizados. Nesse percurso teórico, a obra *Bem mais que ideias*, de Patricia Hill Collins[6], constituiu-se como referência estruturante do grupo ao apresentar a interseccionalidade não apenas como categoria descritiva, mas como teoria crítica e metodologia para a transformação das práticas sociais e institucionais — inclusive no campo da saúde coletiva.

Nesse sentido, a realização de espaços formativos que aproximem equipe técnica e gestores dessas ferramentas conceituais mostra-se essencial para a qualificação das políticas e práticas de saúde. É nesse contexto que se insere a experiência aqui relatada: a criação e o desenvolvimento do Grupo de Leitura "Equidade e Interseccionalidade em Saúde", fruto da parceria entre a Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra (CASPN/SEVSAP/SES-PE), a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e o Grupo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implementação e desenvolvimento do Grupo de Leitura "Equidade e Interseccionalidade em Saúde", realizado em março de 2026, no âmbito da parceria interinstitucional entre a CASPN/SEVSAP/SES-PE, a ESPPE e o Grupo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco, em Recife/PE. O grupo adotou como referenciais metodológicos a educação popular em saúde[7] e a pedagogia crítica freireana[8], privilegiando dinâmicas horizontais de partilha e construção coletiva do conhecimento. A interseccionalidade como metodologia — tal como desenvolvida por Patricia Hill Collins

na obra *Bem mais que ideias*[6] — orientou a perspectiva analítica central do grupo, fornecendo o arcabouço para a leitura crítica das iniquidades raciais no âmbito do SUS e para a reelaboração das práticas institucionais.

Os encontros ocorreram com periodicidade quinzenal, em formato presencial e/ou remoto, com duração média de duas horas. A seleção dos textos foi realizada coletivamente pelos três núcleos parceiros, a partir de levantamento bibliográfico sobre equidade racial, determinantes sociais da saúde, interseccionalidade e saúde da população negra. Participaram da experiência profissionais de diferentes categorias — assistentes sociais, enfermeiros, médicos, sanitaristas, psicólogos e educadores em saúde —, além de docentes e pesquisadores da ESPPE e da Fiocruz Pernambuco, e gestores da SES-PE.

A sistematização da experiência foi realizada por meio de registros das discussões em ata, diários de campo e avaliações periódicas dos encontros, seguindo os pressupostos metodológicos propostos por Jara Holliday[9]. A análise dos dados foi orientada pela perspectiva da pesquisa-ação participante, buscando articular reflexão e transformação das práticas institucionais[10].

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A parceria entre a CASPN, a ESPPE e o Grupo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco mostrou-se determinante para a qualidade e a diversidade dos encontros. A articulação entre gestão, formação e pesquisa criou uma dinâmica singular, na qual a experiência prática dos gestores e profissionais da SES-PE dialogava continuamente com o rigor teórico trazido pelos pesquisadores da Fiocruz e pela capacidade pedagógica da ESPPE.

Nos primeiros encontros, foram discutidos textos fundantes sobre raça, racismo e saúde, com destaque para a PNSIPN e os marcos conceituais do movimento negro brasileiro. A partir do terceiro encontro, foram incorporados textos sobre interseccionalidade — com a obra Bem mais que ideias, de Patricia Hill Collins[6],

ocupando papel central como texto-base do grupo. A leitura e discussão aprofundada dessa obra, ao lado das contribuições de Crenshaw[5], Akotirene[11] e Carneiro[12], propiciou uma apropriação crítica da interseccionalidade enquanto metodologia para o trabalho em saúde, e não apenas como categoria de análise acadêmica. A proposta de Collins[6] de operar a interseccionalidade como teoria crítica comprometida com a transformação das práticas revelou-se especialmente fértil para conectar o debate teórico às situações concretas vivenciadas nos serviços e na gestão.

As discussões revelaram que muitos profissionais não dispunham de ferramentas conceituais para nomear o racismo institucional presente nas práticas de saúde cotidianas. A leitura compartilhada favoreceu o reconhecimento de situações concretas de iniquidade racial no acesso aos serviços e nas abordagens clínicas, criando condições para sua problematização coletiva.

Como produto da articulação interinstitucional, o grupo produziu uma cartilha de orientações para o acolhimento da população negra nos serviços do SUS em Pernambuco, além de um repositório compartilhado de referências bibliográficas acessível a todas as equipes parceiras.

DISCUSSÃO

A experiência do Grupo de Leitura "Equidade e Interseccionalidade em Saúde" evidencia a potência das parcerias interinstitucionais para a qualificação da gestão pública em saúde. A tríade formada pela CASPN, a ESPPE e o Grupo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco permitiu articular, de forma sinérgica, gestão, formação e produção de conhecimento — dimensões frequentemente tratadas de forma isolada no cotidiano das secretarias de saúde.

Em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)[7] e da PNSIPN[4], o grupo articulou trabalho e aprendizagem, transformando problemas concretos do cotidiano institucional em objeto de reflexão e produção de saber. A incorporação da perspectiva interseccional, ancorada

sobretudo na proposta metodológica de Patricia Hill Collins em Bem mais que ideias[6], permitiu superar análises fragmentadas, reconhecendo que raça, gênero, classe e território se articulam de maneira indissociável na produção das vulnerabilidades vivenciadas pela população negra. Collins[6] propõe que a interseccionalidade seja operada como metodologia crítica — isto é, como instrumento ativo de transformação das práticas sociais e institucionais —, o que orientou diretamente a forma como o grupo problematizou e encaminhou mudanças no cotidiano dos serviços.

A horizontalidade metodológica adotada, ancorada na pedagogia freireana[8], criou condições para que profissionais com diferentes trajetórias — da gestão, da acadêmia e dos serviços — se reconhecessem mutuamente como produtores de conhecimento, fortalecendo vínculos interinstitucionais e o compromisso coletivo com a transformação das práticas. Os principais limites identificados foram a rotatividade dos participantes e a sobrecarga de trabalho das equipes, reforçando a necessidade de institucionalização formal dessas iniciativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Grupo de Leitura "Equidade e Interseccionalidade em Saúde", desenvolvido em parceria entre a CASPN/SES-PE, a ESPPE e o Grupo Raça, Gênero e Saúde da Fiocruz Pernambuco, demonstrou ser uma estratégia viável, relevante e transformadora para a gestão estadual de saúde. Ao articular teoria e prática em torno das iniquidades raciais no SUS, o grupo contribuiu para a formação de profissionais e gestores mais comprometidos com o enfrentamento do racismo institucional e a garantia do direito à saúde da população negra.

Recomenda-se a continuidade e ampliação dessa parceria interinstitucional, com incorporação do grupo nas grades formativas da ESPPE e nas ações de educação permanente da SES-PE. A consolidação de um modelo de saúde sustentável e equitativo — tal como propõe o II Livro SEVSAP — exige, necessariamente, a formação

de sujeitos capazes de reconhecer e enfrentar o racismo como determinante estrutural do processo saúde-doença-cuidado no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 set 20.
2. Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da população negra. 2. ed. Brasília: ABPN; 2012.
3. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. Saúde Debate. 2013;37(99):571-579.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. Univ Chicago Leg Forum. 1989;1989(1):139-167.
6. Collins PH. Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria feminista crítica. São Paulo: Boitempo; 2022.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Jara Holliday O. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília: MMA; 2006.
10. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
11. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019.
12. Carneiro S. Escritos de uma vida. São Paulo: Pólen; 2019.

17 TELEDIAGNÓSTICO EM ELETROCARDIOGRAMA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE E DO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Leyliane Fernanda da Silva Ribeiro[1]
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra[1]
Dulcineide Gonçalo de Oliveira[2]
Náira Lima Vidal de Negreiros[1]
João Pedro Ramalho Rodrigues[1]

[1]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap17

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade em âmbito global, configurando importante problema de saúde pública. Nesse cenário, a incorporação de ferramentas digitais na rede de atenção à saúde tem se mostrado estratégica para ampliar o acesso à informação clínica, integrar os níveis assistenciais e qualificar a tomada de decisão. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da implantação do serviço de Tele-ECG nos indicadores de saúde e no conhecimento dos pacientes com Doença Arterial Coronariana no município de Pesqueira-PE. Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, realizado em município que estruturou todas

as unidades de Atenção Básica para oferta do serviço no ano de sua introdução. Foram analisadas variáveis socioeconômicas e indicadores relacionados ao controle de agravos cardiovasculares. Houve aumento substancial do acesso ao diagnóstico cardiológico após a implantação do Tele-ECG, evidenciado pelo número de exames, que passou de 1.160 em 2020 para 2.745 em 2022, dos quais 95,7% corresponderam ao Tele-ECG. Observou-se, ainda, manutenção de elevada proporção de exames por telemedicina em 2023 (92,8%). Os dados demonstraram predominância das internações por doenças cardiovasculares na população ≥65 anos, reforçando a importância da estratégia para grupos de maior risco. A incorporação do Tele-ECG demonstrou potencial para qualificar a assistência cardiovascular, ampliar o acesso ao diagnóstico e fortalecer a organização da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares, Telediagnóstico, Enfermagem, Saúde digital, Atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morbimortalidade no mundo, configurando-se como um importante problema de saúde pública devido ao elevado número de óbitos, aos altos custos assistenciais e ao impacto na qualidade de vida da população[1]. Nos países de baixa e média renda, a carga dessas doenças é ainda mais expressiva em razão das desigualdades sociais, das limitações no acesso aos serviços especializados e das dificuldades na implementação de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce[2]. No Brasil, destaca-se a Doença Arterial Coronariana (DAC), considerada uma das principais causas de morte e hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS).

O aumento da prevalência das DCV relaciona-se às mudanças demográficas e epidemiológicas das últimas décadas, especialmente ao envelhecimento populacional, às alterações no estilo de vida e à expansão das doenças crônicas não transmissíveis[3]. Nesse con-

texto, torna-se essencial o fortalecimento das ações de vigilância em saúde e do monitoramento de indicadores epidemiológicos, fundamentais para o planejamento, avaliação e formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento dessas enfermidades[4].

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel estratégico na prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento das doenças cardiovasculares, sendo organizada no Brasil principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família[5]. Contudo, persistem desafios relacionados à limitada capacidade diagnóstica e ao acesso insuficiente a exames especializados, sobretudo em municípios distantes dos grandes centros urbanos, o que pode comprometer o diagnóstico e o tratamento oportuno[6].

Diante desse cenário, as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), especialmente a telessaúde, surgem como alternativas promissoras para ampliar o acesso à assistência especializada e qualificar o cuidado em saúde[7]. Na região Nordeste, marcada por desigualdades socioeconômicas e dificuldades estruturais nos serviços de saúde, a implantação do Tele-ECG apresenta potencial para fortalecer o diagnóstico cardiovascular, melhorar a assistência e contribuir para melhores indicadores de saúde.

Além dos avanços tecnológicos, destaca-se a importância do conhecimento dos pacientes sobre a DAC, seus fatores de risco, sinais, sintomas e formas de prevenção, uma vez que esse conhecimento influencia diretamente o autocuidado, a adesão ao tratamento e a identificação precoce de eventos agudos. Entretanto, muitos pacientes ainda apresentam compreensão insuficiente sobre a doença, influenciada por fatores socioeconômicos, educacionais e pela qualidade da comunicação em saúde, o que pode comprometer o prognóstico e aumentar o risco de complicações[8].

Nesse contexto, evidencia-se a relevância do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, atuando como elo entre tecnologia, assistência e educação em saúde. Esse profissional participa da realização e operacionalização do Telediagnóstico em Eletrocardiograma (Tele-ECG), do acompanhamento clínico, da vigilância dos fatores de risco e do

desenvolvimento de estratégias educativas voltadas à promoção do autocuidado e ao fortalecimento da autonomia dos pacientes[9].

Diante disso, o estudo propõe analisar o impacto da implantação do serviço de Tele-ECG nos indicadores de saúde cardiovascular, como morbimortalidade, internações e custos, além de avaliar sua contribuição para o aumento do conhecimento sobre a DAC em pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde do município de Pesqueira-PE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com abordagem quantitativa e delineamento longitudinal retrospectivo de base populacional, desenvolvido a partir da análise de dados secundários provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde.

A pesquisa foi realizada no município de Pesqueira, localizado no Agreste de Pernambuco, pertencente à IV GERES. O município apresenta características demográficas e epidemiológicas marcadas pela predominância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Foram analisados os períodos de 2019 e 2020, correspondentes ao momento anterior à implantação do Tele-ECG, e os anos de 2022 e 2023, referentes ao período posterior à implementação do serviço, ocorrida em 2021.

A coleta de dados incluiu informações dos sistemas SIA/SUS, SIH/SUS e SIM/SUS, além de dados populacionais e geográficos do IBGE e registros da Plataforma Nacional de Telediagnóstico. Também foram consideradas normativas estaduais, políticas de telessaúde e documentos de organismos nacionais e internacionais relacionados à assistência cardiovascular e Telessaúde.

As variáveis do estudo foram organizadas em independentes, dependentes e de controle. A principal variável independente foi a implantação do serviço de Tele-ECG, categorizada em período pré e

pós-implantação. As variáveis dependentes envolveram indicadores de morbidade, mortalidade, internações hospitalares e custos relacionados às doenças cardiovasculares, incluindo condições como infarto agudo do miocárdio, angina, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Já as variáveis de controle contemplaram fatores sociodemográficos e epidemiológicos, como sexo, faixa etária, raça/cor, custos das internações e óbitos cardiovasculares.

A análise estatística foi realizada por meio de organização dos dados em planilhas eletrônicas e aplicação de análises descritivas, comparativas e de tendência temporal, utilizando frequências absolutas e relativas para construção de gráficos e tabelas.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 8.129.590, seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por utilizar exclusivamente dados secundários de bases públicas, sem identificação dos participantes, houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados os princípios de confidencialidade e uso ético das informações.

RESULTADOS

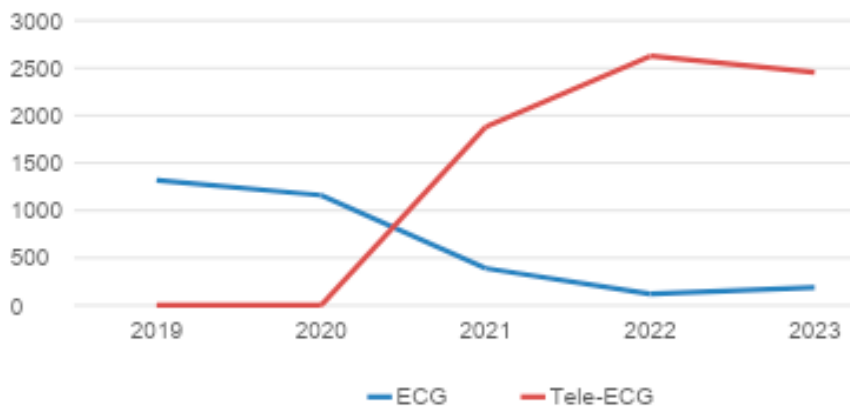
A implantação do serviço de Tele-ECG no município de Pesqueira ocorreu em 2021 de forma planejada e estruturada, envolvendo capacitação multiprofissional, reorganização do fluxo assistencial e ampliação da oferta diagnóstica para as Unidades Básicas de Saúde. Inicialmente prevista para apenas uma unidade, a estratégia foi ampliada pela gestão municipal para 19 UBS, evidenciando compromisso institucional com a qualificação da assistência cardiovascular. Posteriormente, o serviço também passou a contemplar unidade prisional e unidades indígenas, ampliando a cobertura assistencial e fortalecendo o acesso ao diagnóstico especializado em territórios historicamente mais vulneráveis.

Antes da implantação do Tele-ECG, o acesso ao eletrocardiograma no município era limitado e dependente do encaminhamento dos pacientes para serviços de referência localizados em outros municípios,

como Belo Jardim, Caruaru e Recife. Esse modelo assistencial gerava longos períodos de espera, dificuldades de deslocamento, sobrecarga dos serviços especializados e fragmentação do cuidado, especialmente entre usuários residentes em áreas rurais e populações em situação de vulnerabilidade social. Com a implantação do telediagnóstico, o fluxo assistencial foi reorganizado, permitindo a realização do exame diretamente nas UBS, com transmissão digital para emissão remota de laudos especializados, maior agilidade diagnóstica e continuidade do acompanhamento clínico na Atenção Primária à Saúde.

Os resultados demonstraram aumento expressivo do acesso ao diagnóstico cardiológico após a implantação do serviço, conforme evidenciado na Figura 1 a seguir. Em 2019, antes da implementação do Tele-ECG, foram realizados 1.321 exames de ECG convencional. Em 2020, observou-se redução para 1.160 exames. Com a implantação do Tele-ECG em 2021, registraram-se 1.879 exames por telediagnóstico já no primeiro ano de funcionamento, acompanhados de queda acentuada dos exames convencionais, que passaram para 309 procedimentos, representando redução de 73,4%.

Figura 1. Número de ECG e Tele-ECG realizados nos períodos pré e pós-implantação do serviço, Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2019–2023.

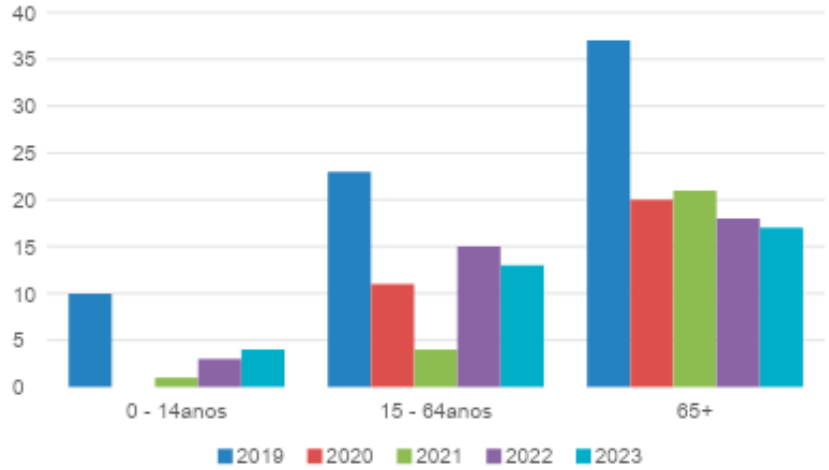


Fonte: SIA/SUS (2023).

Em 2022, verificou-se consolidação do serviço como principal modalidade diagnóstica cardiovascular do município, alcançando 2.627 exames por Tele-ECG, representando aproximadamente 95,7% de todos os eletrocardiogramas realizados naquele ano. Em 2023, o serviço manteve elevada adesão e estabilidade assistencial, com 2.452 exames realizados por telemedicina, correspondendo a cerca de 92,8% do total de exames. Comparando-se os extremos da série histórica, observou-se aumento de aproximadamente 99,8% na oferta global de eletrocardiogramas entre 2019 e 2023, evidenciando ampliação substancial da capacidade diagnóstica cardiovascular do município após a incorporação da tecnologia.

A análise das internações por doenças cardiovasculares segundo faixa etária revelou predominância importante da população com 65 anos ou mais ao longo de toda a série histórica, como demonstrado na Figura 2, configurando esse grupo como o principal responsável pela carga de morbidade cardiovascular no município. Em 2019, os idosos concentraram mais da metade das internações registradas. Após a implantação do Tele-ECG, observou-se tendência de redução das internações nesse grupo etário, alcançando em 2023 o menor quantitativo do período analisado. Esse achado sugere potencial contribuição do diagnóstico mais precoce e do acompanhamento longitudinal realizado na Atenção Primária à Saúde para o controle das doenças cardiovasculares entre indivíduos de maior risco.

Figura 2. Número de internações por doenças cardiovasculares por faixa etária, nos períodos pré e pós-implantação do Tele-ECG, Pesqueira, Pernambuco, Brasil, 2019–2023.



Fonte: SIH/SUS (2023).

Em relação à distribuição das internações segundo sexo, verificou-se maior frequência de internações no sexo masculino ao longo do período pós-implantação. Enquanto as internações femininas permaneceram relativamente estáveis após 2021, os homens apresentaram tendência de retomada progressiva dos registros de internação, especialmente nos anos de 2022 e 2023. Os dados reforçam o importante impacto das doenças cardiovasculares na população masculina e evidenciam a necessidade de fortalecimento de estratégias de prevenção e rastreamento nesse grupo.

Quanto à variável raça/cor, os resultados demonstraram importante melhora na qualidade dos registros assistenciais após a implantação do serviço. Nos anos anteriores ao Tele-ECG predominavam registros classificados como "sem informação", limitando análises epidemiológicas mais precisas. A partir de 2021 observou-se redução progressiva dessa categoria, associada ao aumento da identificação de usuários pardos, brancos e indígenas, indicando aprimoramento do preenchimento dos sistemas de informação e

maior qualificação do registro dos atendimentos em saúde.

Os indicadores de mortalidade e internações cardiovasculares apresentaram comportamento oscilatório ao longo do período analisado. Em 2020 ocorreu redução acentuada das internações hospitalares, simultaneamente ao aumento da mortalidade cardiovascular. Após a implantação do Tele-ECG, observou-se tendência de estabilização das internações e redução da mortalidade em 2023, quando comparada ao pico registrado em 2022. Embora os óbitos cardiovasculares tenham permanecido elevados, os dados sugerem potencial contribuição da ampliação do acesso diagnóstico e da identificação precoce dos agravos cardiovasculares para melhoria da assistência e redução de desfechos mais graves.

Os gastos hospitalares relacionados às doenças cardiovasculares também apresentaram mudanças após a implantação do serviço. Em 2019 registrou-se o maior custo hospitalar da série histórica, ultrapassando R$ 34 mil. Nos anos subsequentes, os valores mantiveram-se inferiores aos observados antes da implantação do Tele-ECG, mesmo diante das oscilações identificadas ao longo do período. Esses achados sugerem possível contribuição do diagnóstico precoce e do acompanhamento clínico mais oportuno na redução da necessidade de internações mais complexas e de maior custo assistencial.

Entre as comorbidades cardiovasculares analisadas, o diabetes mellitus apresentou elevada prevalência no período pré-implantação, registrando importante redução nos anos posteriores. Em 2019 foram identificados 65 casos relacionados ao diabetes mellitus, enquanto em 2022 esse número reduziu-se para 22 casos. A hipertensão arterial manteve-se como uma das condições mais frequentes em toda a série histórica, reafirmando sua relevância como principal fator de risco cardiovascular no contexto da Atenção Primária.

As condições diretamente relacionadas à Doença Arterial Coronariana, como angina pectoris, infarto agudo do miocárdio e doença isquêmica crônica, permaneceram presentes ao longo

de todo o período analisado. Em 2023 observou-se aumento dos registros de angina e manutenção dos casos de infarto agudo do miocárdio e doença isquêmica crônica, demonstrando a persistência da carga de morbidade coronariana no município e reforçando a importância do monitoramento contínuo por meio do Tele-ECG.

A análise da distribuição dos exames entre as Unidades de Saúde da Família demonstrou utilização ampliada e heterogênea do serviço no território municipal. As unidades José Rocha, CAIC, Caixa D'Água e Baixa Grande concentraram os maiores quantitativos de exames realizados em 2022. Nessas unidades, observou-se predominância do sexo feminino entre os usuários acompanhados, maior frequência de hipertensão arterial sistêmica e presença significativa de DAC, especialmente nas UBS Caixa D'Água e Baixa Grande.

Os achados relacionados às comorbidades evidenciaram elevada carga de fatores de risco cardiovasculares entre os pacientes submetidos ao Tele-ECG, incluindo hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e tabagismo. A UBS Caixa D'Água destacou-se pelo maior número de pacientes com diagnóstico de DAC, enquanto a UBS José Rocha apresentou maior concentração de pacientes submetidos à angioplastia. Já a UBS Baixa Grande evidenciou maior frequência de obesidade, tabagismo e cirurgia de revascularização do miocárdio, sugerindo perfil clínico de maior complexidade cardiovascular.

No que se refere aos alertas emitidos pelo sistema de Tele-ECG, observou-se baixa frequência de notificações clínicas e técnicas em relação ao total de exames realizados. Entre os mais de 900 pacientes acompanhados nas principais unidades analisadas, os alertas clínicos e técnicos representaram proporção reduzida, indicando adequada execução dos exames pelas equipes da Atenção Primária e estabilidade clínica predominante entre os pacientes avaliados. Esse resultado também evidencia a efetividade do processo de capacitação profissional e adequada incorporação da tecnologia à rotina assistencial das UBS.

De forma geral, os resultados demonstram que a implantação do Tele-ECG contribuiu significativamente para ampliar o acesso ao diagnóstico cardiológico no município de Pesqueira, fortalecer a organização da rede de atenção cardiovascular e qualificar a assistência ofertada na Atenção Primária à Saúde. Além do aumento expressivo da capacidade diagnóstica, observou-se fortalecimento do cuidado longitudinal, maior integração entre os níveis assistenciais e potencial impacto positivo sobre indicadores relacionados às internações, custos hospitalares e acompanhamento dos pacientes com doenças cardiovasculares, especialmente daqueles pertencentes aos grupos de maior risco.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados do presente estudo demonstra que a implantação do serviço de Tele-ECG em Pesqueira ocorreu em um contexto marcado por transição demográfica, envelhecimento populacional e elevada carga de doenças cardiovasculares, especialmente entre idosos. A predominância de internações na população com 65 anos ou mais observada no município acompanha o perfil epidemiológico nacional e internacional, que associa o avanço da idade ao aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e das complicações cardiovasculares[7,10]. Mesmo após oscilações ao longo da série histórica, os idosos permaneceram como o grupo com maior frequência de internações, reforçando a importância de estratégias voltadas ao diagnóstico precoce e monitoramento contínuo dessa população.

Os resultados evidenciaram importante ampliação do acesso ao diagnóstico cardiológico após a implantação do Tele-ECG. Antes da implantação, a realização do eletrocardiograma dependia de encaminhamentos para municípios de referência, gerando demora diagnóstica e dificuldade de acesso, sobretudo para populações vulneráveis e residentes em áreas mais distantes. Após a reorganização do fluxo assistencial, houve rápida incorporação do serviço à rotina da Atenção Primária, com aumento expressivo

da realização de exames. O número total de eletrocardiogramas passou de 1.160 em 2020 para 2.745 em 2022, sendo 95,7% realizados por Tele-ECG, mantendo elevada participação também em 2023. Esses achados corroboram com experiências que apontam a telecardiologia como ferramenta capaz de ampliar o acesso, reduzir barreiras assistenciais e fortalecer a resolutividade da APS[11].

No que se refere às internações e mortalidade por doenças cardiovasculares, observou-se importante redução das internações em 2020 e 2021, período fortemente influenciado pela pandemia da COVID-19, cenário semelhante ao descrito em estudos nacionais e internacionais, que apontam queda das admissões hospitalares cardiovasculares associada à reorganização dos serviços de saúde e ao receio da população em buscar atendimento hospitalar[12,13]. Após a implantação do Tele-ECG, verificou-se estabilização das internações e discreta redução da mortalidade em 2023, sugerindo possível contribuição do diagnóstico precoce e da ampliação do acesso ao cuidado cardiovascular. Estudos demonstram que serviços de telecardiologia podem reduzir tempo para diagnóstico, melhorar a tomada de decisão clínica e contribuir para redução da letalidade por eventos cardiovasculares agudos[14,15].

A predominância das internações no sexo masculino ao longo da série histórica também foi consistente com a literatura epidemiológica, que demonstra maior carga de adoecimento cardiovascular entre homens, especialmente em faixas etárias economicamente ativas[16]. Entretanto, nas mulheres observou-se maior procura pelos serviços de Atenção Primária e maior participação na realização dos exames de Tele-ECG, aspecto que pode refletir maior vínculo feminino com os serviços de saúde e maior adesão às ações de acompanhamento clínico e prevenção[17].

Em relação à variável raça/cor, os resultados mostraram elevada proporção inicial de registros classificados como "sem informação", com melhora progressiva após a implantação do serviço. A redução dessa incompletude permitiu maior identificação de internações na população parda, perfil compatível com a

composição demográfica do Nordeste brasileiro[18]. Apesar disso, a persistência de limitações no preenchimento dos sistemas de informação reforça a necessidade de qualificação dos registros para melhor compreensão das desigualdades raciais em saúde.

Os dados relacionados aos gastos hospitalares demonstraram que, embora tenham ocorrido oscilações ao longo dos anos, os custos após a implantação do Tele-ECG permaneceram inferiores aos registrados antes da implantação do serviço. Esse comportamento pode estar relacionado à ampliação do diagnóstico precoce e ao fortalecimento do acompanhamento na Atenção Primária, reduzindo a necessidade de internações mais graves e de maior complexidade. Estudos sobre telecardiologia apontam tendência semelhante, associando o uso de tecnologias digitais à redução do custo médio por internação cardiovascular e maior eficiência assistencial[19].

Com relação à Insuficiência Cardíaca, na cidade de Pesqueira os valores mais altos foram nos anos 2019 e 2023, correspondendo ao número de 19 e 25 notificações, respectivamente. A literatura aponta que a IC é uma das principais causas de internação em idosos, representando cerca de 20% das hospitalizações por causas cardiovasculares em pacientes ≥60 anos[20]. Estudos que incorporaram telemonitoramento e suporte tecnológico demonstraram redução de até 25% nos eventos de internação por IC descompensada, atribuída ao reconhecimento precoce de sinais de agravamento clínico e intervenções oportunas[21]. Corroborando com os dados apresentados por Pesqueira, nos anos datados.

A baixa frequência de alertas clínicos e técnicos identificados nas unidades avaliadas sugere adequada utilização da tecnologia pelas equipes de saúde e estabilidade clínica da maior parte dos pacientes acompanhados. Esse achado reforça a efetividade do processo de implantação, do treinamento das equipes e da integração entre assistência local e central de telediagnóstico.

Estudos mostram que baixos níveis de conhecimento sobre fatores de risco cardiovasculares ainda são frequentes, mesmo entre

indivíduos acompanhados pelos serviços de saúde[22,23]. Nesse contexto, a incorporação do Tele-ECG, associada às ações de educação em saúde e ao fortalecimento da Atenção Primária, demonstra potencial para qualificar a assistência cardiovascular, ampliar o acesso ao diagnóstico e contribuir para redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares em municípios do interior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a implantação e os efeitos do serviço de telediagnóstico em eletrocardiograma no município de Pesqueira, contextualizando-o no âmbito da APS e da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, com foco nas doenças cardiovasculares, em especial a DAC.

Os resultados evidenciam que a incorporação do Tele-ECG configurou-se como uma estratégia relevante para qualificar o cuidado cardiovascular em um município de médio porte, marcado por limitações históricas no acesso à atenção especializada. Pesqueira destacou-se por expandir o serviço para praticamente toda a rede de Unidades de Saúde da Família, garantindo ampla cobertura territorial e acesso descentralizado ao exame.

A análise das internações segundo faixa etária, sexo e raça/cor evidenciou maior carga de adoecimento cardiovascular entre idosos e homens, ao mesmo tempo em que revelou fragilidades importantes no registro da variável raça/cor, especialmente em um município com a população indígena. Esse achado reforça a necessidade de qualificação dos sistemas de informação em saúde, de modo a permitir análises mais precisas das desigualdades em saúde e subsidiar políticas públicas mais equitativas.

Com relação as comorbidades e os dados clínicos das unidades com maior volume de exames evidenciou elevada prevalência de HAS, DM e DAC, com predominância do sexo feminino nos atendimentos da APS. A baixa incidência de alertas clínicos e técnicos reforça a adequada utilização do serviço, a capacitação das equipes e a efetividade do acompanhamento dos usuários, além de indicar

estabilidade clínica predominante entre os pacientes avaliados. Esses resultados atendem ao objetivo de analisar a qualidade e a resolutividade do serviço de Tele-ECG no contexto local.

Os achados desta pesquisa reforçam a relevância da saúde digital como estratégia do SUS. A incorporação do serviço em Pesqueira demonstrou potencial para reduzir desigualdades em áreas, principalmente da saúde. Recomenda-se a continuidade e o aprimoramento do serviço, com investimentos em educação permanente, qualificação dos registros nos sistemas de informação e ampliação de ações educativas voltadas ao conhecimento da Doença Arterial Coronariana pela população, bem como o desenvolvimento de estudos futuros que aprofundem a avaliação de impacto clínico e econômico da estratégia.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases: key facts. Geneva: WHO; 2023.
2. Di Cesare M, Perel P, Taylor S, Kabudula C, Bixby H, Gaziano TA et al. The heart of the world: global burden of cardiovascular disease. Global Heart. 2024;19(1).
3. Conrad N, Molenberghs G, Verbeke G, Zaccardi F, Lawson C, Friday JM, et al. Trends in cardiovascular disease incidence among 22 million people in the UK over 20 years: population-based study. BMJ. 2024;385:e078523. doi:10.1136/bmj-2023-078523.
4. Chong B, Jayabaskaran J, Jauhari SM, Chia J, Roux CW, Mehta A,et al. The global syndemic of modifiable cardiovascular risk factors projected from 2025 to 2050. J Am Coll Cardiol. 2025; 86(3) :165-177. Doi: 10.1016/j.jacc.2025.04.061
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE; 2025.
6. Ribeiro ALP, et al. Impact of tele-ECG on costs and outcomes in Minas Gerais, Brazil. Arq Bras Cardiol. 2016;106(5):373-82.
7. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO develops guidance to improve telemedicine services. Copenhagen: WHO Europe; 2024 Jul 15.

8. Brown MT, Bussell JK. Medication adherence: WHO cares? Mayo Clin Proc. 2011; 86(4):304-14. doi: 10.4065/mcp.2010.0575.

9. Bomfim MJSA, Nascimento IRMA. Atuação do enfermeiro na implementação de tecnologias emergentes no manejo de doenças crônicas: uma revisão integrativa. Res Soc Dev. 2025;14(3):e5814348493. doi:10.33448/rsd-v14i3.48493.

10. Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: desafios e oportunidades. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.

11. Santos AF, Alkmim MBM, Ribeiro ALP. Telecardiologia no Brasil: avanços, desafios e perspectivas na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):1-12.

12. Silva RS, et al. Educational interventions to improve knowledge and adherence in patients with coronary artery disease: systematic review. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220145.

13. Wilcock AD, et al. Fatores subjacentes à redução das hospitalizações por infarto do miocárdio durante a pandemia de COVID-19. JAMA Cardiol. 2024;9(10):914-20

14. Schmidt A, et al. Telecardiology and acute myocardial infarction care in Southern Brazil. Rev Saude Publica. 2020;52.

15. Moxham RN, D'Entremont MA, Mir H, Schwalm JD, Natarajan MK, Jolly SS. Effect of prehospital digital electrocardiogram transmission on revascularization delays and mortality in ST-elevation myocardial infarction patients: systematic review and meta-analysis. CJC Open. 2024;6(10):1199-206. doi:10.1016/j.cjco.2024.06.012.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde: morbidade hospitalar do SUS por doenças cardiovasculares. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/

17. Eurostat. Cardiovascular hospital discharges by sex and age. Luxembourg: European Union; 2021.

18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.

19. Ribeiro ALP, et al. Impact of COVID-19 on cardiovascular hospitalizations in Brazil. Int J Cardiol. 2021;344:129-35.

20. Silva AGC, Oliveira CEM, Chaves Neto TC, Rezende SCSAT, Pizzetti AD, Faria HA, et al. Insuficiência cardíaca no SUS: carga epidemiológica e impacto financeiro das hospitalizações no Brasil. Braz J Implantol Health Sci. 2025;7(11):1819-31. doi: 10.36557/2674-8169.2025v7n11p1819-1831

21. Brazilian Heart Failure Study. Telemonitoring and hospitalizations in heart failure. São Paulo; 2020.

22. Lima FMA, Marques A, Bocchi SCM, Teixeira TRF. Conhecimento de pacientes sobre a doença arterial coronariana. REME Rev Min Enferm. 2020; 23(1). doi:10.5935/1415-2762.20190112.

23. Silveira EL, CunhaLM, PantojaMS, Lima AVM, Cunha ANA. Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018;20(3):167-73. doi:10.23925/1984-4840.2018v20i3a9.

18

PERFIL DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS EM PERNAMBUCO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DECOLONIAL LATINO-AMERICANA

Danilo Martins Roque Pereira
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Larissa Keyla Ferreira Canel
Anne Francis da Rocha Neris
Sheyla Costa de Oliveira

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap18

RESUMO

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+, mulheres lésbicas ainda enfrentam discriminação e invisibilidade nos serviços de saúde. Este estudo objetivou descrever o perfil de saúde de mulheres lésbicas pernambucanas e suas implicações para o cuidado em saúde. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado a partir de dados secundários do LesboCenso Nacional (2021–2022), envolvendo 664 participantes, analisados à luz do referencial decolonial latino-americano. Os resultados evidenciaram que 55,89% das mulheres acessam a rede privada de saúde para evitar preconceitos, enquanto 76,61% relataram constrangimento ao abordar sua sexualidade nos atendimentos e 26,79% sofreram discriminação em serviços ginecológicos. Observou-se ainda baixa adesão às práticas preventivas, com 27,86%

sem regularidade na realização de exames ginecológicos e apenas 22,29% utilizando métodos de proteção contra ISTs. A análise demonstra que tais vulnerabilidades estão relacionadas à permanência de práticas cisheteronormativas e à invisibilização institucional das sexualidades dissidentes nos serviços de saúde. Conclui-se que é necessário fortalecer políticas públicas, qualificação profissional e estratégias de cuidado culturalmente sensíveis, interseccionais e decoloniais, visando promover um atendimento mais humanizado, inclusivo e equitativo para mulheres lésbicas.

Palavras-chave: Mulher, Lésbica, Saúde, Decolonialidade

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas voltadas à promoção da saúde da população LGBT têm avançado nas últimas décadas, embora desafios importantes ainda persistam na garantia do acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, representa um marco no reconhecimento das necessidades específicas dessa população, propondo a redução das desigualdades e o enfrentamento da discriminação institucional nos serviços de saúde[1]. Entretanto, mesmo diante desses avanços normativos, mulheres lésbicas continuam experienciando barreiras significativas relacionadas ao preconceito, à invisibilidade e à fragilidade do cuidado ofertado nos diferentes níveis de atenção à saúde[2,3].

Nesse contexto, a cisheteronormatividade configura-se como um importante determinante das desigualdades no cuidado em saúde. Esse modelo normativo invisibiliza experiências afetivo-sexuais dissidentes e repercute diretamente na assistência às mulheres lésbicas, especialmente em atendimentos ginecológicos e de saúde sexual e reprodutiva, produzindo práticas preventivas e orientações inadequadas às especificidades dessa população[4].

Além das limitações assistenciais, mulheres lésbicas frequentemente vivenciam situações de discriminação, constrangimento e invisibilização nos serviços de saúde. Pesquisas apontam que o preconceito institucional e as suposições cisheteronormativas dos profissionais contribuem para a exclusão de demandas específicas dessa população[5]. Em serviços ginecológicos, por exemplo, a ausência de escuta qualificada e o despreparo para abordar práticas sexuais entre mulheres podem produzir atendimentos fragmentados, reforçando sentimentos de insegurança e afastamento do cuidado preventivo[6].

Essas experiências impactam diretamente as condições de saúde física e mental das mulheres lésbicas, produzindo sofrimento psicológico, dificuldades de acesso aos serviços e redução da adesão a exames preventivos e acompanhamentos regulares. O receio de sofrer discriminação ou ter sua sexualidade invalidada leva muitas mulheres a evitarem os serviços de saúde, ampliando vulnerabilidades e desigualdades em saúde[7,8].

Outro aspecto relevante refere-se à insuficiente formação dos profissionais de saúde para o cuidado integral à população lésbica. A ausência de conteúdos relacionados à diversidade sexual e de gênero nos processos formativos favorece a reprodução de práticas discriminatórias e dificulta o desenvolvimento de competências culturais e interculturais necessárias para um cuidado humanizado e inclusivo. Segundo Azevedo et al.[3], o desinteresse ou despreparo para abordar questões relacionadas à orientação sexual torna o atendimento inadequado, frequentemente invisibilizando as demandas específicas das mulheres lésbicas.

Sob uma perspectiva decolonial, essas barreiras podem ser compreendidas como expressões da colonialidade do saber e do gênero presentes nas instituições de saúde, que historicamente legitimam modelos biomédicos cisheteronormativos e marginalizam experiências dissidentes de sexualidade e gênero[9,10]. Além disso, perspectivas feministas decoloniais latino-americanas evidenciam que gênero, sexualidade, raça e classe atravessam conjuntamente os processos de exclusão social e sanitária[11,12].

Dessa forma, a vulnerabilidade da população lésbica nos serviços de saúde também se manifesta na insuficiência de políticas e estratégias voltadas à qualificação profissional e à implementação de práticas de cuidado livres de preconceito e discriminação[5]. Tal cenário evidencia a necessidade de fortalecer ações alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à equidade, integralidade e respeito às diferenças[2].

Diante disso, este estudo justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre o perfil de saúde das mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, contribuindo para a visibilidade de suas necessidades e para o fortalecimento de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, inclusivas e humanizadas. Ao descrever as condições de saúde e os desafios enfrentados por essa população, espera-se subsidiar estratégias voltadas à redução de barreiras institucionais e à promoção de um cuidado em saúde mais equitativo.

Assim, a questão norteadora deste estudo é: qual o perfil de saúde das mulheres lésbicas pernambucanas e quais as implicações para a prática em saúde? O objetivo consiste em descrever esse perfil e identificar as implicações para o cuidado em saúde, com vistas a embasar estratégias que promovam um atendimento qualificado, humanizado e livre de discriminação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido a partir de dados secundários provenientes do LesboCenso Nacional, levantamento realizado entre os anos de 2021 e 2022 pela Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e pela Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno de Vênus[13]. O estudo constituiu uma iniciativa pioneira de mapeamento das vivências de mulheres lésbicas no Brasil, abordando aspectos relacionados à saúde, violência, trabalho, educação, relacionamentos, relações familiares e redes de apoio social.

O LesboCenso Nacional teve como objetivo produzir informações sobre as condições de vida e saúde de mulheres lésbicas

brasileiras, contribuindo para a visibilidade dessa população e para a formulação de políticas públicas inclusivas e equitativas. A pesquisa contemplou participantes residentes em todos os estados brasileiros, utilizando metodologia de coleta virtual por meio de formulário eletrônico disponibilizado online na plataforma Google Forms e divulgado pelo site oficial do projeto LesboCenso Nacional.

Para este estudo, realizou-se um recorte analítico das participantes residentes no estado de Pernambuco, com foco nas dimensões relacionadas à saúde e ao acesso aos serviços de cuidado. A população investigada compreendeu pessoas maiores de 18 anos, residentes no Brasil, que se autodeclararam lésbicas ou utilizaram outras denominações identitárias relacionadas às vivências afetivo-sexuais entre mulheres, incluindo mulheres cisgênero e transgênero.

A coleta de dados ocorreu no período de 29 de agosto de 2021 a 30 de maio de 2022. A participação foi voluntária, anônima e condicionada à concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado eletronicamente antes do preenchimento do instrumento. O formulário continha questões estruturadas relacionadas às experiências sociais, condições de vida e saúde das participantes.

No presente estudo, foram selecionadas variáveis relacionadas ao perfil de saúde das participantes, incluindo acesso aos serviços de saúde (rede pública ou privada), experiências de discriminação ou constrangimento nos atendimentos em saúde, realização de exames ginecológicos preventivos, utilização de métodos de proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), histórico de ISTs e uso de substâncias psicoativas. Os dados referentes às participantes pernambucanas foram organizados em banco de dados no Microsoft Excel® e submetidos à análise estatística descritiva.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples, utilizando frequências absolutas e relativas, possibilitando a caracterização do perfil de saúde das mulheres lésbicas

residentes em Pernambuco e a identificação de aspectos relacionados às barreiras de acesso, vulnerabilidades e práticas preventivas em saúde. Os resultados foram interpretados à luz da literatura científica sobre saúde da população LGBT, gênero, sexualidade e referenciais decoloniais latino-americanos, especialmente das contribuições teóricas acerca da colonialidade do poder, do saber e do gênero.

Nessa perspectiva, buscou-se compreender como estruturas cisheteronormativas e epistemologias biomédicas hegemônicas produzem processos de invisibilização, exclusão institucional e desigualdades no cuidado em saúde ofertado às mulheres lésbicas. A abordagem decolonial possibilitou analisar os achados para além de dimensões individuais, reconhecendo que experiências de discriminação, constrangimento e afastamento dos serviços de saúde estão articuladas a processos históricos e sociais que atravessam gênero, sexualidade e outras interseccionalidades no contexto do cuidado em saúde.

Do ponto de vista ético, este estudo dispensou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por utilizar dados secundários de acesso público, sem identificação individual das participantes, em conformidade com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 664 mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, autodeclaradas como lésbica, sapatão, homossexual feminina, mulher gay, entendida, fancha e outras denominações relacionadas a mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Observou-se predominância do acesso à rede privada de saúde (55,89%), em comparação à rede pública (31,96%), evidenciando possíveis barreiras institucionais, experiências de preconceito e percepções de insegurança nos serviços públicos de saúde. Entre os principais acompanhamentos realizados destaca-

ram-se os atendimentos ginecológicos (18,30%), odontológicos (18,07%), clínicos gerais (17,79%), oftalmológicos (15,37%), psicológicos (14,21%), nutricionais (6,94%) e psiquiátricos (6,80%).

Grande parte das participantes relatou medo, receio ou constrangimento ao falar sobre sua sexualidade nos serviços de saúde (76,61%), enquanto apenas 21,61% afirmaram não apresentar dificuldades em abordar sua orientação sexual durante os atendimentos. Embora 87,68% tenham informado não ter enfrentado ausência de atendimento por serem lésbicas, 5,71% relataram já terem tido atendimento negado devido à discriminação. Além disso, 26,79% afirmaram ter sofrido violência em atendimentos ginecológicos em razão da orientação sexual, demonstrando a permanência de práticas discriminatórias e excludentes nos serviços de saúde.

Quanto às práticas preventivas, 36,79% das participantes realizavam exames ginecológicos anualmente; entretanto, 27,86% não possuíam regularidade na realização desses exames, 15% nunca haviam realizado exame ginecológico, 11,96% realizavam a cada dois anos e 6,25% a cada seis meses. Esses achados sugerem possíveis impactos do preconceito e da invisibilização das necessidades específicas de mulheres lésbicas no cuidado ginecológico.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, 94,46% das participantes relataram nunca ter realizado aborto, enquanto 4,11% afirmaram já ter interrompido voluntariamente uma gravidez. Entre aquelas que realizaram aborto, a maioria relatou uma única ocorrência (69,57%).

Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), 80,07% das mulheres afirmaram nunca terem sido infectadas, enquanto 14,67% relataram histórico prévio de IST. O teste de HIV já havia sido realizado por 66,12% das participantes, porém 33,51% nunca haviam feito o exame. Entre os principais motivos para a não realização destacaram-se o desconhecimento sobre onde realizar o teste (44,76%), a percepção equivocada de baixa vulnerabilidade ao HIV por serem lésbicas (31,43%), além

do medo do resultado, exposição social e desconfiança quanto à confidencialidade do atendimento.

A maioria das participantes (94,17%) relatou manter relações sexuais exclusivamente com mulheres. Em relação às práticas sexuais na última relação, 81,20% relataram penetração em outra mulher, 80,23% afirmaram terem sido penetradas, 85,66% praticaram sexo oral e 81,59% receberam sexo oral.

Apesar disso, observou-se baixa adesão às práticas preventivas, uma vez que 77,71% relataram não utilizar métodos de proteção contra ISTs em relações sexuais entre mulheres, e apenas 22,29% afirmaram utilizar algum método preventivo. Em relação ao conhecimento sobre métodos de proteção, as camisinhas vaginais (26,22%) e penianas (25,23%) foram os métodos mais conhecidos, seguidos por dedeiras (13,66%), luvas (12,80%), plástico filme (11,88%) e "dental dam" (6,15%). Quanto ao uso efetivo desses métodos, as camisinhas penianas (38,56%) e vaginais (13,84%) foram as mais utilizadas, enquanto tecnologias específicas para práticas sexuais entre mulheres apresentaram baixa utilização.

No que se refere ao uso de substâncias psicoativas, apenas 2% das participantes afirmaram nunca ter utilizado alguma substância. O consumo de bebidas alcoólicas (28,58%), maconha (21,31%) e derivados do tabaco (18,04%) foi o mais frequente, seguido por alucinógenos (7,33%), inalantes (6,01%), cocaína/crack (5,96%), anfetaminas/ecstasy (5,44%), hipnóticos (3,26%) e opioides (1,89%), indicando possíveis relações com contextos de vulnerabilidade social, sofrimento psíquico e experiências de discriminação vivenciadas ao longo das trajetórias dessas mulheres.

Tabela 1. Síntese do perfil de saúde e acesso aos serviços de saúde de mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, Brasil, 2021–2022 (n=664)

Variável	Resultado
Acesso à rede privada de saúde	55,89%
Acesso à rede pública de saúde	31,96%
Medo/constrangimento ao falar da sexualidade nos serviços de saúde	76,61%
Mulheres que não relataram dificuldades ao abordar sua sexualidade	21,61%
Atendimento negado por preconceito/discriminação	5,71%
Não relataram negativa de atendimento	87,68%
Realização anual de exames ginecológicos	36,79%
Sem regularidade para exames ginecológicos	27,86%
Nunca realizaram exames ginecológicos	15,00%
Relataram violência em atendimentos ginecológicos	26,79%
Não relataram violência em atendimentos de saúde	65,36%
Nunca realizaram aborto	94,46%
Já realizaram aborto	4,11%
Nunca tiveram IST	80,07%
Já tiveram IST	14,67%
Já realizaram teste de HIV	66,12%
Nunca realizaram teste de HIV	33,51%
Não sabem onde realizar o teste de HIV	44,76%
Acreditam ser improvável infecção por serem lésbicas	31,43%
Relações sexuais apenas com mulheres	94,17%
Não utilizam proteção contra ISTs	77,71%
Utilizaram algum método de proteção na última relação	22,29%
Conhecem camisinha vaginal	26,22%
Conhecem camisinha peniana	25,23%
Conhecem dedeiras	13,66%
Conhecem “dental dam”	6,15%
Não sabem quais métodos utilizar	12,99%
Consumo de bebidas alcoólicas	28,58%
Uso de maconha	21,31%
Uso de derivados do tabaco	18,04%
Nunca utilizaram substâncias psicoativas	2,00%

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram caracterizar aspectos relevantes do perfil de saúde de mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, evidenciando barreiras de acesso, vulnerabilidades e fragilidades relacionadas ao cuidado em saúde. A partir da análise descritiva dos dados e da interpretação fundamentada em referenciais decoloniais latino-americanos, observa-se que as experiências relatadas pelas participantes não se restringem a situações isoladas de preconceito, mas expressam processos históricos e institucionais atravessados pela colonialidade do poder, do saber e do gênero, que estruturam práticas de cuidado ainda centradas em perspectivas cisheteronormativas e biomédicas hegemônicas[9–12].

A predominância do acesso à rede privada de saúde entre as participantes (55,89%) pode ser compreendida como reflexo das dificuldades de acolhimento e reconhecimento das demandas específicas de mulheres lésbicas nos serviços públicos de saúde. Estudos apontam que experiências de discriminação, constrangimento e invisibilização produzem afastamento dos serviços e fragilizam o vínculo entre usuárias e profissionais de saúde[14,15,16]. Nessa perspectiva, a busca pela rede privada ultrapassa questões relacionadas apenas à escolha individual, evidenciando desigualdades produzidas institucionalmente e a insuficiência da equidade no acesso ao cuidado em saúde[17].

Os achados também revelam a permanência de práticas cisheteronormativas nos serviços de saúde, especialmente diante do elevado percentual de mulheres que relataram medo, receio ou constrangimento ao falar sobre sua sexualidade durante atendimentos (76,61%). A abordagem decolonial permite compreender que tais experiências decorrem da legitimação histórica de modelos de cuidado baseados na heterossexualidade compulsória e na universalização de experiências cisheterossexuais como padrão normativo nos serviços de saúde[4,9-10]. Assim, mulheres lésbicas frequentemente necessitam silenciar aspectos importantes de suas

vivências para evitar situações de violência simbólica, discriminação ou negação do cuidado.

A formação dos profissionais de saúde constitui um elemento central nesse processo. Currículos e práticas formativas ainda são marcados por epistemologias biomédicas hegemônicas que invisibilizam sexualidades dissidentes e limitam o desenvolvimento de competências culturais e interculturais voltadas ao cuidado integral da população LGBT[18,19]. Como consequência, profissionais frequentemente apresentam dificuldades para abordar práticas sexuais entre mulheres, orientar adequadamente sobre prevenção de ISTs e reconhecer especificidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva dessa população. Tal cenário reforça a colonialidade do saber no campo da saúde, na medida em que determinados corpos, práticas e experiências permanecem excluídos da produção legítima do conhecimento e das práticas assistenciais[9,10].

Essas limitações repercutem diretamente nas práticas preventivas identificadas no estudo. A baixa regularidade na realização de exames ginecológicos, associada às experiências de violência e discriminação relatadas pelas participantes, demonstra como o cuidado ginecológico ainda permanece fortemente associado a perspectivas reprodutivas heterocentradas. Estudos mostram que mulheres lésbicas frequentemente evitam atendimentos ginecológicos devido ao medo de julgamentos, perguntas invasivas e despreparo profissional[6,20,21]. A ausência de acolhimento qualificado e o desconhecimento sobre as especificidades da saúde sexual entre mulheres contribuem para a perpetuação de desigualdades e para a invisibilização das necessidades preventivas dessa população[3,22].

No que se refere à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), os resultados evidenciaram baixa adesão ao uso de métodos de proteção e limitações no conhecimento sobre tecnologias preventivas específicas para relações sexuais entre mulheres. A interpretação desses achados à luz da perspectiva decolonial permite compreender que as políticas e estratégias de prevenção

historicamente foram construídas a partir de referenciais cisheterossexuais, invisibilizando práticas sexuais dissidentes e limitando a produção de materiais educativos e tecnologias preventivas adequadas para mulheres lésbicas[4]. Dessa forma, a ausência de campanhas específicas e de orientações culturalmente sensíveis contribui para a reprodução de mitos relacionados à suposta baixa vulnerabilidade dessa população às ISTs.

A invisibilização institucional da saúde sexual de mulheres lésbicas também repercute sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Embora a maioria das participantes tenha relatado nunca ter realizado aborto, os dados demonstram que gravidez e interrupção gestacional também fazem parte das experiências de algumas mulheres lésbicas, tensionando estereótipos que associam lesbianidade à ausência de vivências reprodutivas. Nesse sentido, torna-se necessário reconhecer a pluralidade das experiências afetivo-sexuais e garantir que políticas de saúde sexual e reprodutiva sejam inclusivas e acessíveis independentemente da orientação sexual[23-26].

Outro aspecto relevante identificado refere-se ao elevado consumo de substâncias psicoativas entre as participantes. A literatura aponta que populações LGBTQIA+ apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico em decorrência do estresse de minorias e da exposição contínua a experiências de discriminação e exclusão social[7,27,28]. Sob a perspectiva decolonial, tais vulnerabilidades podem ser compreendidas como efeitos de processos históricos de marginalização e negação de pertencimento social produzidos pela lesbofobia estrutural e institucional[11,12]. O consumo de álcool, tabaco e outras substâncias pode, portanto, configurar-se como mecanismo de enfrentamento diante de contextos marcados por sofrimento emocional, isolamento social e ausência de redes de apoio adequadas[2,27].

Os achados reforçam que as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no acesso à saúde não decorrem exclusivamente de atitudes individuais preconceituosas, mas de estruturas ins-

titucionais e sociais que reproduzem desigualdades de gênero e sexualidade no campo do cuidado. Nesse contexto, a incorporação de perspectivas interseccionais e decoloniais na formação em saúde e nas práticas institucionais torna-se fundamental para problematizar processos de invisibilização e promover práticas de cuidado culturalmente sensíveis, inclusivas e comprometidas com a equidade[9–12,18,29].

Dessa forma, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde da população LGBT, especialmente por meio da qualificação permanente de profissionais de saúde, revisão de currículos formativos, ampliação de campanhas educativas específicas e desenvolvimento de estratégias de cuidado que reconheçam as singularidades das experiências de mulheres lésbicas no contexto do SUS[1,3]. Além disso, destaca-se a importância de ampliar pesquisas fundamentadas em referenciais decoloniais e interseccionais, possibilitando análises críticas sobre os mecanismos institucionais que produzem exclusão, silenciamento e desigualdades no cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou descrever o perfil de saúde de mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, evidenciando barreiras relacionadas ao acesso, acolhimento e cuidado em saúde, especialmente diante de experiências de constrangimento, discriminação e invisibilização nos serviços de saúde. Os resultados também demonstraram baixa adesão às práticas preventivas e limitações no acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

A análise à luz do referencial decolonial evidenciou que tais vulnerabilidades estão relacionadas à permanência de práticas cisheteronormativas e modelos biomédicos hegemônicos que produzem desigualdades no cuidado em saúde. Diante disso, destaca-se a necessidade de fortalecer políticas públicas, qualificação profissional e estratégias de cuidado culturalmente

sensíveis, inclusivas e livres de discriminação, contribuindo para a promoção de um atendimento mais humanizado, equitativo e comprometido com o direito à saúde de mulheres lésbicas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 dez. 2 [citado em 16 jun. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.
2. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, Teixeira FB, Polidoro M, Moretti-Pires RO, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. Cien Saude Colet. 2022;27(10):3815-24. doi:10.1590/1413-812320222710.06602022
3. Silva AN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. Cien Saude Colet. 2021;26:5351-60. doi:10.1590/1413-812320212611.3.34542019.
4. Dias BO, Santos JN, Jordão LR, Teodoro SAC, Paixão SO, Gracio ALR. Invisibilidade lésbica na saúde: a influência da heteronormatividade compulsória nos cuidados em enfermagem. Rev Delos. 2025;18(68):e5526. doi:10.55905/rdelosv18.n68-094.
5. Tesser Junior ZC, Paim MB, Selau BL, Bortoli FR, Kovaleski DF. A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. Trab Educ Saude. 2024;22:e2743254. doi:10.1590/1981-7746-ojs2743.
6. Rodrigues JL, Falcão MTC. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. Saude Soc. 2021;30(1):e181062. doi:10.1590/S0104-12902021181062.
7. Moagi MM, Van der Wath AE, Jiyane PM, Rikhotso RS. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: an integrated literature review. Health SA. 2021;26:1487. doi:10.4102/hsag.v26i0.1487.
8. Rocon PC, Wandekoken KD, Reis DS. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. Rev Katálysis. 2024;27:e95176. doi:10.1590/1982-0259.2024.e95176.

9. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2005 [acesso em 16 jun. 2026]. p. 107-130. Disponível em: https://ufrb.edu.br/educacaodocampocfp/images/Edgardo-Lander-org-A-Colonialidade-do-Saber-eurocentrismo-e-ciC3AAncias-sociais-perspectivas-latinoamericanas-LIVRO.pdf

10. Lugones M. Colonialidade e gênero. Tabula Rasa. 2008;(9):73-102. doi:10.25058/20112742.340.

11. Curiel O, Generoso LMA. Crítica pós-colonial a partir das práticas políticas do feminismo antirracista. Rev Teor Hist [Internet]. 2020 [acesso em 16 jun. 2026];22(2):231-45. Disponível em: https://revistas.ufg.br/teoria/article/view/58979 .

12. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos [Internet]. Rio de Janeiro: Zahar; 2020 [acesso em 16 jun. 2026]. Disponível em: https://mulherespaz.org.br/site/wp-content/uploads/2021/06/feminismo-afro-latino-americano.pdf.

13. Liga Brasileira de Lésbicas; Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno de Vênus. LesboCenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil [Internet]. Brasília: Liga Brasileira de Lésbicas; 2022 [acesso em 16 jun. 2026]. Disponível em: https://lesbocenso.com.br/.

14. Albuquerque GA, Quirino GS, Figueiredo FWS, Paiva LS, Abreu LC, Valenti VE, et al. Sexual diversity and homophobia in health care services: perceptions of homosexual and bisexual population in the cross-cultural theory. Open J Nurs. 2016;6(6):447-58. doi:10.4236/ojn.2016.66049.

15. Ferreira LM, Batista GG, Bouillet LEM. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3594. doi:10.5712/rbmfc19(46)359416.

16. Ferreira LM, Batista GG, Bouillet LEM. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3594. doi:10.5712/rbmfc19(46)3594.

17. Silva TKS, Coutinho SED, Almeida SA, Cassiano AN. A prática assistencial à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão integrativa. Contrib Cienc Soc. 2025;18(1). doi:10.55905/revconv.18n.1-141.

18. Silva Neto MA, Regis CG, Lourenço RG, Peres AM. Propostas curriculares em ensino de saúde LGBTQIA+ na graduação em saúde de uma universidade pública da região norte do Brasil. Esc Anna Nery. 2025;29:e20250013. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2025-0013pt.

19. Cochran SD, Mays VM. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. Am J Epidemiol. 2000;151(5):516-23. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a010238.

20. Araujo AF, Paula B, Franco C, Fernandes MC. Invisibilidade, desrespeito e preconceito nos serviços de saúde ginecológica às mulheres lésbicas. Contemporary Journal. 2025;5(4):1-31. doi:10.56083/RCV5N4-040.

21. Benatti JCV, Almeida ACP, Lovaglio LV, Vaz JMR. Transfobia e lesbofobia nos atendimentos ginecológicos: revisão de literatura. Rev Foco. 2024;17(Esp):e038. doi:10.54751/revistafoco.ed.esp-038.

22. Reis DS, Rocon PC, Wandekoken KD. Desafios no cuidado em saúde vividos por mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil: uma revisão integrativa. Hygeia. 2024;20:e2020. doi:10.14393/Hygeia2069298.

23. Ertl MM, Maroney MR, Becker A, Paschen-Wolff MM, Blankenau A, Hoffman S, et al. Sexual and reproductive justice and health equity for LGBTQ+ women. J Lesbian Stud. 2024;28(4):574-602. doi:10.1080/10894160.2024.2369434.

24. Oliveira GCG, Lima UTS. Invisibilidade e barreiras heteronormativas no pré-natal de mulheres lésbicas: estratégias para um cuidado obstétrico inclusivo. Rev Tópicos. 2026. doi:10.70773/revistatopicos/778350342.

25. Johnson MJ, Nemeth LS. Addressing healthdisparities of lesbian and bisexual women: a grounded theory study. Womens Health Issues.2014;24(6):635-40. doi:10.1016/j.whi.2014.08.00.

26. Trapani VF, Feuerschuette OHM, Trapani Júnior A. Legal pregnancy interruption due to sexual violence in a public hospital in the South of Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(10):945-52. doi:10.1055/s-0042-1755457.

27. Felner JK, Wisdom JP, Williams T, et al. Stress, coping, and context: examining substance use among LGBTQ young adults with probable substance use disorders. Psychiatr Serv. 2020;71(2):112-20. doi:10.1176/appi.ps.201900029.

28. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674.

29. Farias GM, Martini JG, Sanes MS, Cortes HM, Queiroz AM, Ferreira RN, Vargas MAO. Formação em enfermagem para a diversidade sexual e de gênero. Rev Baiana Enferm. 2025;39:e67667. doi:10.18471/rbe.v39.67667.

19 MARCAS DO TABACO: UMA ANÁLISE CLÍNICA DAS ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES TABAGISTAS

Luis Henrique Guedes de Andrade Lima[1]
Danilo Ferreira da Silva[2]
Emmanuella Lins Souza Barbosa[2]
André Arraes Parente[1]
Alessandra de Albuquerque Tavares Carvalho[2]

[1]Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente Férrer, São Vicente Férrer, Maranhão, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap19

RESUMO

O tabagismo está diretamente relacionado ao desenvolvimento de diversas doenças crônicas, especialmente doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplasias malignas. A cavidade oral está entre os locais mais afetados pelos efeitos nocivos do tabaco. A exposição contínua às substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro favorece alterações celulares capazes de desencadear processos inflamatórios, lesões potencialmente malignas e câncer bucal. Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo transversal com pacientes tabagistas participantes de intervenções promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde

de São Vicente Férrer em Pernambuco, integradas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). A amostra deste estudo foi composta por 22 pacientes. A média de idade analisada foi de 52 anos, em relação ao perfil de consumo, todos os participantes foram classificados como fumantes pesados com carga tabágica superior a 15 cigarros por dia. O exame clínico revelou prevalência acentuada de alterações bucais, majoritariamente associadas aos efeitos biológicos deletérios do tabaco sobre os tecidos duros e moles, como: língua pilosa, xerostomia, queilite actínica, leucoplasia, cárie dentária e outras. A atuação da PNCT em conjunto com o cirurgião-dentista possibilita identificar alterações orais associadas ao tabagismo, monitorar lesões potencialmente malignas e fortalecer ações preventivas para redução do tabagismo.

Palavras-chave: Neoplasias bucais, Tabagismo, Política de saúde

INTRODUÇÃO

O tabagismo ainda é considerado um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, mesmo diante das inúmeras campanhas e políticas de controle desenvolvidas nas últimas décadas[1]. O consumo de produtos derivados do tabaco está diretamente relacionado ao desenvolvimento de diversas doenças crônicas, especialmente doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplasias malignas. Entre elas, destaca-se o câncer de boca, principalmente o carcinoma espinocelular (CEC), que representa a forma mais comum de neoplasia maligna da cavidade oral[2].

No Brasil, o enfrentamento ao tabagismo ganhou maior força a partir da implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), coordenada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em parceria com o Ministério da Saúde[3]. As ações desenvolvidas envolvem medidas educativas, aumento de impostos sobre cigarros, restrições à propaganda, advertências sanitárias nas embalagens e oferta de tratamento para cessação

do tabagismo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas estratégias fizeram com que o país se tornasse referência mundial na redução do número de fumantes[4].

Apesar dos avanços observados, o tabagismo ainda apresenta elevada relevância epidemiológica, principalmente em grupos socialmente vulneráveis e em determinadas regiões brasileiras. Além disso, nos últimos anos, surgiu uma nova preocupação relacionada ao aumento do uso dos dispositivos eletrônicos para fumar, especialmente entre adolescentes e adultos jovens. Em Pernambuco, assim como em outros estados do Nordeste, o tabagismo continua sendo um importante fator associado ao adoecimento e à mortalidade por doenças crônicas e neoplásicas, mantendo impacto significativo nos serviços de saúde[5,6].

A cavidade oral está entre os locais mais afetados pelos efeitos nocivos do tabaco. A exposição contínua às substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro favorece alterações celulares capazes de desencadear processos inflamatórios, lesões potencialmente malignas e câncer bucal[7]. Entre as principais alterações associadas ao hábito de fumar destacam-se leucoplasia, eritroplasia, melanose do fumante, estomatite nicotínica, doença periodontal e alterações na cicatrização dos tecidos bucais. Muitas dessas lesões podem permanecer assintomáticas por longos períodos, dificultando o diagnóstico precoce[8].

O carcinoma espinocelular oral merece atenção especial por representar cerca de 90% dos casos de câncer de boca. De acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer para o triênio 2026–2028, o câncer de boca permanece entre os tipos de câncer mais incidentes no Brasil, com maior ocorrência em homens e importante impacto epidemiológico na região Nordeste e em Pernambuco, estando fortemente associado ao tabagismo, etilismo e ao diagnóstico tardio[9,10]. Seu desenvolvimento está fortemente associado ao tabagismo, principalmente quando combinado ao consumo frequente de bebidas alcoólicas. Além da elevada agressividade, o CEC geralmente é diagnosti-

cado em estágios avançados, o que compromete o prognóstico e reduz significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, o cirurgião-dentista possui papel fundamental na prevenção, identificação de lesões precursoras e diagnóstico precoce da doença[11].

Diante desse cenário, compreender a Política Nacional de Controle do Tabagismo, os dados epidemiológicos relacionados ao consumo de tabaco no Brasil e em Pernambuco, bem como os impactos do tabagismo sobre a saúde bucal, torna-se essencial para fortalecer ações de prevenção, educação em saúde e diagnóstico precoce. Assim, esta obra busca reunir evidências científicas recentes sobre a relação entre o tabagismo e as alterações bucais, contribuindo para a formação acadêmica e prática dos profissionais da saúde.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo epidemiológico de caráter descritivo e transversal, desenvolvido entre agosto e setembro de 2025, com o objetivo de identificar as principais alterações bucais associadas ao tabagismo. A população-alvo foi composta por indivíduos tabagistas participantes das intervenções do PNCT, promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente Férrer, cidade do agreste pernambucano.

Foram incluídos na amostra os pacientes que eram fumantes ativos, estavam regularmente vinculados às atividades do PNCT, e aceitaram participar da avaliação odontológica. Foram excluídos indivíduos com condições sistêmicas ou medicamentosas capazes de alterar significativamente o estado da mucosa oral, bem como aqueles que não permitiram a realização do exame clínico completo.

O exame intraoral foi conduzido pelo cirurgião-dentista responsável, sob iluminação adequada, utilizando espelho clínico esterilizado. As alterações bucais foram registradas de acordo com critérios clínicos descritivos, contemplando lesões

potencialmente malignas, condições inflamatórias e alterações relacionadas ao tabagismo. Adicionalmente, foram coletados dados sociodemográficos e informações sobre o padrão de consumo de tabaco. Os dados obtidos foram organizados e analisados de forma descritiva, permitindo caracterizar o perfil dos participantes e a frequência das alterações bucais observadas.

RESULTADOS

No referido ano, a infraestrutura assistencial do município contava com sete grupos terapêuticos ativos dedicados ao abandono do hábito tabágico, totalizando 165 pacientes assistidos. Dentre esse contingente, observou-se uma taxa de cessação de 46,6% (n=77) até a quarta sessão estruturada do protocolo.

A amostra deste estudo foi composta por 22 pacientes inscritos na Unidade Básica de Saúde Dona Iva Parteira, localizada no Centro da cidade de São Vicente Férrer-PE. A amostra avaliada apresentou uma distribuição equânime entre os sexos com média de idade de 52 anos. Quanto ao perfil de consumo, todos os participantes foram classificados como fumantes pesados com carga tabágica superior a 15 cigarros por dia. O consumo concomitante de álcool em níveis excessivos foi reportado por 18,1% (n=4) dos pacientes.

O exame clínico revelou uma prevalência acentuada de alterações bucais, majoritariamente associadas aos efeitos biológicos deletérios do tabaco sobre os tecidos duros e moles. A cárie dentária foi a condição mais frequente, atingindo 90,9% (n=20) da amostra; os dois indivíduos remanescentes apresentavam-se edêntulos totais. A necessidade de reabilitação protética foi quase universal, sendo identificada em 95,4% (n=21) dos casos avaliados.

No que tange às desordens orais potencialmente malignas, os diagnósticos foram de sete casos de leucoplasias (Figura 1) e um caso de queilite actínica. Em relação às leucoplasias, dois casos apresentaram características clínicas de aspecto verru-

coso e ausência de regressão após um período de dois meses de acompanhamento subsequente à cessação do tabagismo. Tais casos foram submetidos à biópsia incisional, cujo exame histopatológico revelou acantose e hiperqueratose. Diante do diagnóstico, adotou-se a conduta de proservação clínica, com protocolos de acompanhamento semestral para monitoramento de possíveis alterações displásicas.

Além das patologias supracitadas, foram diagnosticadas outras condições oportunistas ou reacionais (Figura 2 e Figura 3), sistematizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Diagnósticos clínicos e alterações de tecidos moles observados nos pacientes avaliados

N° casos	N° óbitos	Coeficiente de Incidência	Taxa de Mortalidade	Letalidade
1.242	174	13,71	1,92	14%

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A doença periodontal manifestou-se de forma isolada ou em comorbidade com outras lesões orais em 18.18% (n=4) dos pacientes (Figura 4). É relevante notar que apenas 27,2% (n=6) dos pacientes não exibiram alterações em tecidos moles, apresentando exclusivamente perdas dentárias ou lesões cariosas como desfechos clínicos negativos.

Figura 1. Leucoplasia em região de mucosa jugal e palato.
Fonte: O autor (2026).

Figura 2. Estomatite Nicotínica no Palato.
Fonte: O autor (2026).

Figura 3. Língua Pilosa em Tabagista Crônico.



Fonte: O autor (2026).

Figura 4 - Periodontite e pigmentação associada ao uso crônico de tabaco.



Fonte: O autor (2026).

DISCUSSÃO



De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima-se para o ano de 2026 no estado de Pernambuco, 650 novos



casos de câncer na cavidade oral. Dessa estimativa de novos casos,

490 representam indivíduos do sexo masculino, sendo 160 indivíduos do sexo feminino. Ao realizar a estimativa da proporção de novos casos representa 6,86 casos para 100 mil habitantes[13]. O município de São Vicente Férrer apresenta uma população de pequeno porte, com menor densidade populacional - descrita com cerca de 16.677 pessoas no censo de 2022 e menor fluxo de usuários de saúde bucal quando comparado a grandes centros urbanos do estado, consequentemente, justificam o número reduzido de amostra do pequeno estudo.

A etiologia do carcinoma epidermoide é multifatorial. Dessa forma, nenhum agente ou fator carcinogênico etiológico atuará de modo único, no entanto, em relação aos fatores extrínsecos incluem os agentes externos, como: fumo, álcool, sífilis e luz solar (apenas para o carcinoma do vermelhão do lábio[8]. O risco de desenvolvimento do CEC com relação ao tabagismo também se eleva quanto mais tempo uma pessoa fuma. Além disso, estudos sugerem que fumar charuto ou cachimbo está associado a um risco semelhante ou maior de câncer oral em comparação ao tabagismo[8].

Antes do carcinoma epidermoide oral ser confirmado novos estudos apontam que essa lesão tem sido precedida por uma lesão potencialmente maligna, especialmente a leucoplasia. Dentre as principais lesões potencialmente malignas da mucosa oral enquadram-se: leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), palato nicotínico em tabagistas invertido, eritroplasia, eritroleucoplasia, queilite actínica, queratose de tabaco sem fumaça e líquen plano[8]. Algumas dessas lesões foram observadas na amostra estudada do presente estudo, sendo 01 (um) caso de queilite actínica, além de 07 (sete) casos confirmados de leucoplasia através do exame histopatológico obtido pela biópsia incisional da lesão.

Outras alterações bucais também podem ser observadas nos pacientes tabagistas, como a xerostomia, condição em que o paciente relata a sensação de boca seca, sendo relatada em 02 (dois) dos 22 moradores de Pernambuco avaliados. Em um estudo, 100 participantes fumantes passaram por um exame oral, que revelou

que a xerostomia é mais prevalente em fumantes[12]. Essa condição contribui para o desenvolvimento da cárie dentária, haja vista a redução do fluxo salivar, essa situação foi observada em todos pacientes não edêntulos da amostra (n=20).

A língua pilosa caracteriza-se pelo acúmulo acentuado de queratina nas papilas filiformes do dorso lingual, resultando em uma aparência semelhante a pelos, apresentando como fator predisponente o tabaco[8]. A fumaça do cigarro afeta a mucosa oral e a comunidade bacteriana da língua, que desempenha um papel vital na manutenção da higiene bucal[12]. Tal alteração também foi notada nos pacientes tabagistas da cidade de São Vicente Férrer (n=3).

Além disso, outra condição também notada nos pacientes amostra tabagistas foi a melanose nicotínica (n=1), a qual é uma alteração associada ao uso do tabaco e é encontrada com frequência em tabagistas crônicos, caracteriza-se por uma hiperqueratose e acantose do epitélio oral[8].

Nota-se, também, a importância das iniciativas governamentais na redução do tabagismo, haja vista os agravos que podem ser desenvolvidos decorrente deste hábito. Isso pode ser observado a partir do aumento do cessamento do tabagismo em que de 166 indivíduos caiu para 77 decorrente da implementação da PNCT, a qual realiza um acompanhamento e controle desses indivíduos para que o objetivo seja alcançado[14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a atuação contínua da Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é essencial para a identificação precoce das alterações bucais decorrentes do uso crônico do tabaco. Considerando que indivíduos tabagistas constituem um grupo de risco elevado para o desenvolvimento de lesões potencialmente malignas e de Carcinoma de Células Escamosas, a presença do cirurgião-dentista nas ações de cuidado torna-se indispensável.

O profissional de Odontologia desempenha papel estratégico

no rastreamento clínico, no monitoramento das lesões, na detecção precoce de alterações suspeitas e na orientação sobre riscos e medidas de cessação do tabagismo. Sua atuação qualificada permite intervenções oportunas, aumentando as chances de prevenção, diagnóstico precoce e melhor prognóstico.

Os achados reforçam a necessidade de fortalecer ações integradas de promoção da saúde, vigilância e prevenção do tabagismo, contribuindo para a redução da carga de doenças relacionadas ao fumo e para a melhoria da saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. Brasília: INCA; [acesso em 2026 maio 20]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo?utm_source
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Política Nacional de Controle do Tabaco [Internet]. Brasília: INCA; [acesso em 2026 maio 20]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional?utm_source
3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do tabaco no Brasil [Internet]. Brasília: INCA; [acesso em 2026 maio 20]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/controle-do-tabaco-no-brasil?utm_source
4. COSTA E SILVA, V. L. Responsabilidade nas políticas de controle do tabagismo. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 69, n. 2, e004189, 2023. [acesso em 2026 maio 20] Disponível em: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n2.4189.
5. Menezes AMB, Wehrmeister FC, Sardinha LMV, Paula PDCB, Costa TA, Crespo PA, Hallal PC. Use of electronic cigarettes and hookah in Brazil: a new and emerging landscape. The Covitel study, 2022. J Bras Pneumol [Internet]. 2023 [acesso em 20 maio 2026];49(1):e20220290. Disponível em: https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20220290

6. Grassi MC, et al. COVID-19 and tobacco use: Consensus document [Internet]. PMC. 2021 [acesso em 2026 maio 20]. DOI: 10.2105/AJPH.2020.306102

7. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MÁ, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral Diseases. 2021;27(8):1862-1880. doi:10.1111/odi.13704.

8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2024.

9. Johnson NW, Jayasekara P, Amarasinghe AA. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. Periodontol 2000 [Internet]. 2011 [acesso em 20 maio 2026];57(1):19-37. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00401.x

10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2025 [acesso em 2026 maio 20]. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17914/1/Estima2026_completo%20%281%29.pdf

11. Christy AW, Bavesh SK, Devathambi TJR, Thanigainathan R. Investigating the Association Between Smoking and Hyposalivation: A Case Control Analysis. Rambam Maimonides Medical Journal [internet]. 2025;31;16(4):e0021. doi: 10.5041/RMMJ.10556.

12. Shoorgashti R, Moshiri A, Lesan S. Evaluation of oral mucosal lesions in Iranian smokers and non-smokers. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2024;27(4):467-474. doi:10.4103/njcp.njcp_702_23.

13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Pernambuco- estimativas dos novos casos [Internet]. Brasília: INCA; [citado 2026 maio 20]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/estado-capital/pernambuco.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2026 maio 20]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf.

20 ADOECIMENTO FÍSICO E PSICOLÓGICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE ÚNICA E DO DIREITO DO TRABALHO EM GOIANA-PE

Danilo Gustavo dos Santos Souza
Hellen Viana Matias

Secretaria Municipal de Saúde, Arcoverde, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap20

RESUMO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuam em territórios marcados por vulnerabilidades sanitárias, sociais e ambientais, estando expostos a diversos riscos ocupacionais. Sob a perspectiva da Saúde Única, este estudo objetivou analisar o adoecimento físico e psicológico de ACS do município de Goiana-PE, relacionando saúde ocupacional e proteção trabalhista. Trata-se de pesquisa descritiva e transversal realizada com 121 profissionais, por meio de formulário eletrônico aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados demonstraram que 83% dos participantes relataram ausência ou insuficiência de capacitação em saúde ocupacional, 75% identificaram falhas no fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e 67% afirmaram adoecimento relacionado às condições laborais. Os achados evidenciam fragilidades institucionais na proteção à saúde dos ACS e reforçam a necessidade de políticas

públicas voltadas à prevenção, vigilância e mitigação dos riscos ocupacionais. Como produto técnico, elaborou-se minuta de projeto de lei municipal voltada à saúde e segurança dos servidores públicos, visando fortalecer ações de vigilância em saúde do trabalhador e proteção ocupacional na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Saúde única, Vigilância ambiental, Equipamentos de proteção individual, Políticas públicas

INTRODUÇÃO

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel fundamental na Atenção Primária à Saúde, atuando diretamente nos territórios por meio de visitas domiciliares, ações educativas e acompanhamento das famílias. Entretanto, a exposição constante a vulnerabilidades sanitárias, ambientais e sociais pode comprometer sua saúde física e psicológica. Sob a perspectiva da Saúde Única, que integra saúde humana, animal e ambiental, cada território visitado representa um ambiente com múltiplos fatores de risco ocupacional.

Apesar da relevância desses profissionais, observam-se fragilidades na implementação de medidas de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), incluindo capacitação continuada, acompanhamento ocupacional e fornecimento adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Essa realidade amplia a vulnerabilidade dos ACS a doenças, acidentes e sofrimento psíquico, impactando também a qualidade da assistência prestada à população.

Nesse contexto, o trabalho deve ser compreendido não apenas como meio de subsistência, mas também como elemento central da dignidade humana, exigindo condições laborais seguras e saudáveis. A Constituição Federal de 1988 assegura, em seu artigo 7º, inciso XXII, o direito à redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança, reforçando o dever estatal de promover ambientes laborais adequados e protegidos[1].

Dessa forma, este estudo objetiva analisar o adoecimento físico e psicológico dos ACS do município de Goiana-PE, sob a ótica da Saúde Única e do Direito do Trabalho, evidenciando fragilidades institucionais relacionadas à proteção da saúde do trabalhador.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo e local da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantiqualitativa, realizado no município de Goiana, Pernambuco, mediante anuência da Secretaria Municipal de Saúde. O município apresenta características urbanas, rurais e litorâneas, configurando cenário relevante para análise das condições ocupacionais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta pelos 214 ACS vinculados ao município de Goiana-PE. Como critérios de inclusão, foram considerados os profissionais em atividade durante o período da pesquisa. Foram excluídos os ACS afastados por licença, férias ou readaptação funcional. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 175 ACS estavam aptos à participação, dos quais 121 responderam ao questionário, correspondendo a 69% da população elegível.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2025, por meio de formulário eletrônico estruturado elaborado na plataforma Google Forms. O convite aos participantes foi realizado via aplicativo WhatsApp, utilizando e-card interativo contendo informações sobre a pesquisa e link de acesso ao questionário.

O instrumento continha perguntas objetivas e discursivas relacionadas ao perfil sociodemográfico, riscos ocupacionais, utilização

de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), participação em treinamentos de Saúde e Segurança do Trabalho (SST), adoecimento relacionado ao trabalho e percepção do apoio institucional.

O formulário apresentou, inicialmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o preenchimento condicionado à concordância do participante.

Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel® e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas. As respostas discursivas foram submetidas à análise de conteúdo conforme Bardin[2], permitindo a identificação de categorias temáticas relacionadas às condições de trabalho e ao adoecimento dos ACS.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), sob Parecer Consubstanciado nº 7305285 e CAAE nº 85244424.4.0000.9547, respeitando os princípios éticos previstos na legislação vigente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as condições de trabalho, percepção de risco ocupacional e conhecimento técnico de 121 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Goiana, correspondendo a aproximadamente 69,0% dos profissionais em atividade no município. O questionário aplicado foi composto por perguntas objetivas relacionadas à capacitação profissional, segurança do trabalho, fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), adicional de insalubridade, adoecimento ocupacional e percepção sobre a atuação profissional.

A amostra apresentou predominância do sexo feminino (78,0%) e faixa etária acima de 36 anos (79,3%), perfil semelhante ao descrito em estudos nacionais sobre os ACS, caracterizado

pela feminização da categoria e maior concentração de profissionais adultos com experiência na Atenção Primária à Saúde[3,4]. Em relação à escolaridade, observou-se predominância de ensino médio completo, com parcela significativa possuindo ensino superior completo ou em andamento, refletindo o processo de qualificação progressiva desses trabalhadores[3].

Os resultados demonstraram fragilidades importantes relacionadas à educação permanente em saúde. A maioria dos ACS (62,8%) afirmou não receber capacitações regulares sobre doenças infecciosas, prevenção e biossegurança, enquanto entre os que receberam treinamentos predominou a participação em apenas um a cinco cursos no ano de 2024. Esse cenário evidencia limitações institucionais na oferta de formação continuada e atualização profissional, comprometendo a proteção ocupacional desses trabalhadores[5,6]. Esses dados são ilustrados na Figura 1, que evidencia a baixa participação em capacitações e treinamentos técnicos.

Figura 1. Participação em capacitações e treinamentos técnicos relacionados à saúde e segurança do trabalho.



Fonte: Acervo pessoal.

Quanto às capacitações em saúde e segurança do trabalho, 80,0% dos participantes relataram não ter recebido treinamentos específicos nos últimos 12 meses. Esse dado evidencia fragilidade nas ações de proteção à saúde do trabalhador, contrariando diretrizes previstas nas Normas Regulamentadoras relacionadas à segurança ocupacional[7,8].

Os dados também revelaram limitações no reconhecimento dos direitos trabalhistas. Embora 71,1% dos profissionais afirmassem receber adicional de insalubridade, grande parte relatou que o benefício somente foi obtido mediante ação judicial, demonstrando dificuldades administrativas no reconhecimento formal da exposição ocupacional inerente à função[9,10].

Outro aspecto relevante refere-se ao conhecimento técnico dos ACS. Apesar de 60,3% declararem possuir conhecimento em epidemiologia, observou-se limitação quanto às Normas Regulamentadoras (NRs) de segurança do trabalho, já que apenas pequena parcela afirmou conhecer adequadamente essas normas. Em relação ao conceito de Saúde Única, metade dos entrevistados relatou conhecer o termo, porém as respostas qualitativas evidenciaram compreensão superficial e frequentemente associada apenas à saúde humana[11,12].

A pesquisa identificou ainda deficiência significativa no fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual. Apenas 15,7% dos ACS afirmaram receber EPIs para realização das visitas domiciliares, enquanto 84,3% relataram ausência de equipamentos protetivos fornecidos pela gestão municipal. Esse resultado demonstra importante fragilidade nas ações de proteção à saúde ocupacional desses trabalhadores, em desacordo com a NR-06[13,14]. Esses achados estão representados na Figura 2, que demonstra o baixo fornecimento de EPIs.

Figura 2. Percentual de ACS que recebem Equipamentos de Proteção Individual (EPIs).



Fonte: Pesquisa de campo.

Em relação ao adoecimento ocupacional, 47,9% dos ACS relataram doenças adquiridas durante visitas domiciliares. Entre os principais agravos relatados destacaram-se Covid-19, gripe, escabiose, dengue, chikungunya e tuberculose, evidenciando exposição frequente a riscos biológicos e ambientais no exercício profissional[15,16]. Esses resultados podem ser observados na Figura 3, que apresenta o percentual de adoecimento relacionado ao trabalho.

Figura 3. Percentual de adoecimento relacionado às atividades laborais dos ACS.



Fonte: Pesquisa de campo.

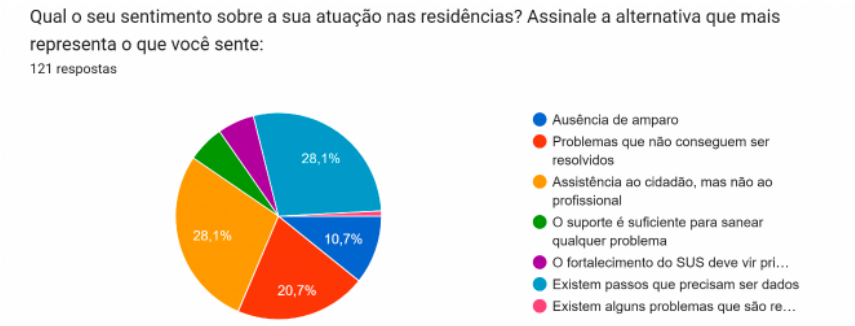
Os riscos ocupacionais enfrentados pelos ACS decorrem tanto das condições ambientais dos territórios visitados quanto das atividades desenvolvidas durante as visitas domiciliares. Entre eles destacam-se exposição solar prolongada, agentes

biológicos, violência urbana, sobrecarga ergonômica e riscos psicossociais. Tais exposições exigem a implementação de instrumentos técnicos de gestão da saúde ocupacional, como o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e o Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho (LTCAT), conforme previsto nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho[17,18].

Os resultados também demonstraram fragilidade no suporte institucional oferecido aos profissionais adoecidos. Entre os ACS que relataram adoecimento ocupacional, apenas pequena parcela afirmou ter recebido algum tipo de assistência da Secretaria Municipal de Saúde, sendo o atestado médico a principal medida mencionada. Houve baixa frequência de acompanhamento ocupacional, suporte psicossocial ou investigação das condições de trabalho, evidenciando limitações nas ações de vigilância em saúde do trabalhador[19,5].

Por fim, a percepção subjetiva sobre a atuação profissional revelou sentimentos predominantes de desamparo institucional, ausência de suporte e dificuldades na resolução de problemas enfrentados durante as visitas domiciliares. Muitos ACS relataram auxiliar a população sem receber apoio adequado para sua própria proteção e cuidado em saúde, reforçando a necessidade de fortalecimento das políticas de saúde do trabalhador na Atenção Primária[6]. Esses aspectos estão sintetizados na Figura 4, que apresenta os sentimentos relatados pelos ACS.

Figura 4. Sentimentos relatados pelos ACS sobre sua atuação profissional.



Fonte: Pesquisa de campo.

Cada residência visitada pelo ACS constitui um microecossistema singular, marcado por diferentes interações entre fatores ambientais, sociais, culturais e biológicos. A presença de animais, condições sanitárias precárias, violência, vulnerabilidades sociais e doenças preexistentes transformam o território domiciliar em um ambiente complexo de exposição ocupacional. Sob a perspectiva da Saúde Única, esses elementos demonstram que a saúde do trabalhador está diretamente relacionada à saúde ambiental e comunitária.

De forma geral, os achados evidenciam importantes fragilidades relacionadas à saúde e segurança do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, incluindo ausência de capacitações sistemáticas, insuficiência de EPIs, elevado relato de adoecimento ocupacional e percepção de baixo suporte institucional. Esses resultados reforçam a necessidade de fortalecimento das políticas municipais de vigilância em saúde do trabalhador, educação permanente e proteção ocupacional voltadas aos ACS no contexto da Atenção Primária à Saúde[20,21].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Goiana-PE estão expostos a múltiplos riscos ocupacionais, associados a fragilidades na implementação das po-

líticas de Saúde e Segurança do Trabalho, incluindo insuficiência de capacitações, ausência de EPIs e falhas na utilização de instrumentos técnicos como LTCAT, PCMSO e PGR.

Os achados indicam necessidade urgente de revisão das políticas municipais de saúde do trabalhador, com impacto direto na gestão da Atenção Primária à Saúde, exigindo a adoção de medidas estruturadas de vigilância, prevenção e monitoramento dos riscos ocupacionais. A abordagem da Saúde Única mostra-se fundamental para orientar intervenções integradas entre ambiente, trabalho e saúde, visando à proteção dos trabalhadores e da coletividade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Diário Oficial da União; 1988.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
3. Gomes M, et al. Agentes comunitários de saúde: perfil, funções e desafios. Interface (Botucatu). 2021;25:e200861.
4. Morosini MV, Fonseca AF. Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges. Saúde Debate. 2018;42(Spe 1):261-274.
5. Gomes MP, et al. O papel da capacitação em biossegurança na proteção dos trabalhadores da saúde. Rev Bras Epidemiol Vigilân Saúde. 2022;1(1):1-10.
6. Ferreira RP, Garcia LB. A ausência de educação permanente em saúde e o impacto na atenção primária. Rev Saúde Debate. 2023;47(136):11-25.
7. Brasil. Emenda Constitucional nº 120, de 5 de maio de 2022. Reconhece o piso salarial nacional e a atividade insalubre dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2022.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: MS; 2022.
9. Silva LR, Pereira JH. Insalubridade e negligência: a luta dos ACS pelo reconhecimento constitucional e sua efetividade nas gestões municipais. Cad Saúde Pública. 2023;39(1):1-12.

10. Pereira JH. A judicialização da saúde e os direitos dos trabalhadores no Brasil. Rev Dir Trabalho. 2022;48(2):210-225. doi: 10.34019/1980-8518.2025.v25.45675.

11. Leal Filho W, et al. Saúde Única e sustentabilidade: uma agenda integrada para o século XXI. Rev Ambiente Soc. 2019;22:e01234.

12. Pereira AL, et al. Interface entre saúde ambiental e saúde do trabalhador: uma abordagem sistêmica sob a ótica da Saúde Única. Rev Bras Saúde Ocup. 2023;48:e20230023.

13. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 6 – Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Brasília: MTE; 2022.

14. Ferreira APS, et al. Riscos ocupacionais e saúde do trabalhador: um olhar multidisciplinar. Rev Interdiscip Saúde. 2019;5(2):45-57.

15. Silva RM, et al. Adoecimento e negligência institucional: estudo com agentes comunitários de saúde. Rev Ciênc Saúde Coletiva. 2023;28(1):145-158.

16. Costa AR, Ferreira JL. O território como local de trabalho: desafios da segurança laboral dos agentes comunitários de saúde. Rev Bras Saúde Coletiva. 2023;28(3):911-920.

17. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras nº 15, 16 e 17. Brasília: MTE; 2023.

18. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Brasília: MTE; 2023.

19. Mendes EW. O cuidado em saúde no século XXI: o desafio da integralidade. Rev Saúde Debate. 2021;45(128):7-19.

20. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.

21. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

21 FORMAÇÃO EM TERAPIA FLORAL DE BACH NO SUS: UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PERNAMBUCO

Virgínia Maria Holanda de Moura
Karina Catanho de Oliveira
Alexciane Priscila da Silva
Raquel Neposiano da Silva
Rogelia Herculano Pinto

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap21

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) promovem o cuidado integral no SUS. A Terapia Floral destaca-se no manejo do sofrimento emocional na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo é Analisar o perfil profissional e a estrutura pedagógica de um curso de Terapia Floral de Bach voltado para o SUS na VI Região de Saúde de Pernambuco. Metodologia: Artigo original descritivo-analítico fundamentado nos planos de aula de uma formação híbrida de 60 horas e no mapeamento de 40 discentes matriculados em 2026. Resultados: A turma apresentou hegemonia da enfermagem (enfermeiras e técnicas), além de médicos, psicólogos e farmacêuticos atuantes na APS, CAPS II e gestão regional. A matriz de 8 módulos integrou as 38

essências a oficinas presenciais de biossegurança, escuta na anamnese e diluição prática. Considerações Finais: O perfil técnico e o desenho pedagógico demonstram forte potencial para qualificar as redes de atenção, consolidando um modelo de saúde resolutivo e sustentável.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares, Terapia floral, Atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro destaca-se no cenário internacional por suas diretrizes doutrinárias de universalidade, equidade e, sobretudo, integralidade na assistência. No panorama contemporâneo, a consecução da integralidade impõe o desafio constante de responder não apenas às demandas biomédicas e agravos agudos tradicionais, mas também ao expressivo aumento epidemiológico do sofrimento psíquico, dos transtornos de ansiedade e do estresse crônico que acometem tanto a população usuária quanto as próprias equipes que sustentam a rede pública de saúde. Diante disso, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) assumiram um papel estratégico, sendo compreendidas como abordagens terapêuticas baseadas em conhecimentos tradicionais e em visões holísticas e multidimensionais do ser humano[1,2].

A institucionalização formal das PICS no cenário público nacional teve como principal marco regulatório a publicação da Portaria MS/GM nº 971, de 03 de maio de 2006 (com publicação em 04 de maio de 2006), que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS1. Desde a sua promulgação, a política experimentou ciclos de expansão, amparada pelas etapas clássicas de formulação e tomada de decisão das políticas públicas. Uma das ampliações mais significativas ocorreu por meio da Portaria MS/GM nº 849, de 27 de março de 2017, que oficializou a inserção de novas abordagens ao rol do sistema público, entre as quais se destaca a Terapia Floral, consolidando

as essências florais como recursos legítimos para a promoção da saúde mental, prevenção de agravos e cuidado despatologizante[3,4].

A Terapia Floral de Bach, estruturada pelo médico inglês Edward Bach[5] na década de 1930, fundamenta-se na premissa de que a manifestação da doença física constitui o estágio final de um desalinhamento ou desequilíbrio emocional subjacente crônico. Bach sistematizou trinta e oito essências extraídas de flores e plantas silvestres, organizadas em grupos funcionais conhecidos historicamente como os doze Curadores, os sete Auxiliares e os dezenove Remédios Complementares, além do Composto Emergencial (*Rescue Remedy*). Cada essência atua como um catalisador vibracional destinado a harmonizar um estado mental negativo específico (como o medo, a incerteza ou o desalento), transmutando-o na virtude correspondente necessária à autorregulação do indivíduo[5,6,9,10].

Contudo, a transição entre as diretrizes macropolíticas da PNPIC e a efetiva implementação clínica na rotina dos serviços de saúde esbarram na necessidade de educação permanente para os trabalhadores da rede pública. A atuação com a Terapia Floral na APS e na RAPS requer o desenvolvimento de competências, como o domínio da escuta qualificada durante a anamnese; o conhecimento de evidências científicas; ética; regulamentações estabelecidas pelos conselhos profissionais de classe e o cumprimento rigoroso de critérios de biossegurança na manipulação física dos florais[2,7].

No Estado de Pernambuco, o fortalecimento das PICS pressupõe a interiorização e a descentralização do conhecimento técnico, construindo elos de conexão sólidos entre as esferas de Vigilância em Saúde e a APS, com o intuito de contribuir para a qualificação da rede de atenção à saúde no interior do estado e promover um modelo de saúde resolutivo e sustentável. Sob essa perspectiva, ganha relevância a execução de itinerários formativos direcionados às realidades locorregionais. O objetivo deste artigo original é analisar a estrutura pedagógica, os eixos temáticos e o perfil profissional dos participantes do curso "Formação em Terapia Flo-

ral de Bach no SUS", desenvolvido sob a coordenação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), a certificação da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); o apoio da VI GERES, com sede em Arcoverde-PE (Sertão do Moxotó); do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão da Universidade Federal de Pernambuco (CAV-UFPE) e da Healing do Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo configura-se como um artigo original com abordagem descritivo-analítica e quanti-qualitativa, pautado na análise documental de dois instrumentos gerenciais e pedagógicos fundamentais vinculados à implantação das PICS no Estado de Pernambuco. O primeiro objeto de análise correspondeu ao plano de curso e cronograma didático intitulado "Formação em Terapia Floral de Bach no SUS", planejado e executado no primeiro semestre de 2026. O segundo instrumento analisado consistiu no banco de dados das matrículas dos discentes, realizadas por meio de formulário eletrônico e o acompanhamento dos discentes vinculados à referida capacitação.

O curso foi modelado com uma carga horária total de 80 horas, estruturando-se operacionalmente por meio da metodologia híbrida de ensino. Esta configuração pedagógica foi subdividida em momentos interativos e complementar: a) Dois encontros presenciais em Arcoverde; b) Encontros remotos síncronos com metodologias ativas, exposições dialogadas, via webconferência e c) Atividades assíncronas mediadas por Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para discussões em fóruns e estudos de caso clínicos dirigidos e avaliação ao final de cada módulo.

A análise de dados ocorreu em duas etapas complementares. A primeira consistiu na avaliação qualitativa da matriz curricular do curso, mapeando os oito módulos formativos quanto aos objetivos de aprendizagem, dinâmicas metodológicas, recursos materiais recomendados (kits de florais, frascos foscos de 30 ml

com conta-gotas, insumos de assepsia e veículos conservantes como o *brandy*) e ferramentas de avaliação formativa. A segunda etapa envolveu a aplicação de estatística descritiva simples sobre o banco de dados de quarenta discentes matriculados em março de 2026, caracterizados com o perfil segundo a região de atuação, o município, o serviço de saúde de origem e a categoria profissional.

Por se tratar de uma pesquisa e relato pautados em dados institucionais agregados, de caráter pedagógico e sem identificação nominal ou exposição de dados sensíveis dos participantes, resguardou-se o sigilo das informações e a conformidade ética, alinhando-se aos princípios que regem a avaliação de políticas públicas e programas de educação permanente em saúde no âmbito do SUS de Pernambuco.

RESULTADOS

Os resultados advindos do cruzamento entre a proposta pedagógica e o banco de dados de matrículas revelaram um panorama consistente sobre o alcance da formação e o perfil de recursos humanos mobilizados para a incorporação da Terapia Floral de Bach no interior de Pernambuco.

A análise demográfica e institucional dos discentes ativos demonstrou a participação de todos os treze municípios que compõem a VI GERES, com destaque de participação dos profissionais dos municípios de Arcoverde (sede regional), Custódia, Venturosa, Buíque e Inajá, registrando-se também adesões pontuais de profissionais vinculados à X GERES (Afogados da Ingazeira); todos atuantes no SUS, na APS, integrando a RAPS (CAPS e Hospital Regional com leitos integrais) e profissionais vinculados a programas de gestão e saúde do trabalhador.

Em relação à composição por categoria profissional, os dados evidenciaram a participação da Enfermagem. Das matrículas realizadas, a categoria de enfermeiro(a) representou a maioria expressiva, seguida da participação de médicos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais. Destaca-se que a participação é positiva, mesmo diante

de barreiras geográficas, sendo registrados casos pontuais de faltas justificados por escalas de plantão e dificuldades de deslocamento.

A análise qualitativa da matriz curricular evidenciou uma arquitetura pedagógica desenhada em oito módulos seqüenciais, organizados de forma a contribuir com o conhecimento normativo para o exercício prático da terapia floral de Bach. Cada módulo apresentou objetivos claros e desenhos metodológicos ajustados à modalidade híbrida, conforme sistematizado a seguir:

1. **Módulo 1: Integralidade e Marco Legal das PICS no SUS (10 horas - presencial / Arcoverde):** Focado no credenciamento, pactos de convivência e dinâmicas de acolhimento (Dança Circular). Promoveu o debate conceitual comparando as racionalidades médicas (alopática, homeopática, integrativa) com as diretrizes da PNPIC, utilizando trabalhos em grupo com trechos da 'Coletânea de Edward Bach'.
2. **Módulo 2: O Processo de Adoecimento e Regulamentação Profissional (10 horas - híbrido / síncrono e assíncrono):** Abordou as bases teóricas do adoecimento sob a ótica das emoções através da análise da 'Roda das Emoções'. Na fase assíncrona, focou no estudo detalhado da Portaria MS/GM nº 849/2017 e nas resoluções éticas de conselhos profissionais de classe.
3. **Módulo 3: Introdução ao Sistema Floral de Bach e os 12 Curadores (10 horas - híbrido / síncrono e assíncrono):** Apresentou a história de Edward Bach e o conceito botânico e vibracional da 'Assinatura das Plantas'. O conteúdo detalhou o primeiro grupo de essências (os 12 Curadores), incluindo a realização de atividades práticas baseadas na observação empírica de pequenos vasos com plantas trazidos pelos discentes.
4. **Módulo 4: Os 7 Auxiliares e Métodos de Extração das Essências (10 horas - híbrido / síncrono e assíncrono):** Aprofundou o estudo sobre o grupo dos 7 Auxiliares, associados a estados emocionais crônicos. Introduziu os

fundamentos físico-químicos e tradicionais dos métodos de extração das matrizes florais (Método Solar e Método de Fervura).

5. **Módulos 5 e 6: Os 19 Florais Complementares e Abordagens Contemporâneas (20 horas acumuladas - híbrido):** Análise pautada nos remédios complementares restantes e no Composto Emergencial (Rescue Remedy). Inovou na matriz pedagógica ao inserir eixos de discussão focados nas potencialidades e limites ético-clínicos da Terapia Floral no manejo e acolhimento de pessoas neurodivergentes, com o foco no Transtorno do Espectro Autista (TEA).
6. **Módulo 7: Prática Clínica, Escuta Qualificada e Prontuário no SUS (10 horas - híbrido / síncrono e assíncrono):** Desenvolveu habilidades clínicas combinando múltiplas camadas de desequilíbrio emocional na formulação (Curadores, Auxiliares e Complementares). Trabalhou ferramentas de escuta ativa na anamnese e instrumentalizou o aluno para a construção de Fichas de Atendimento e prontuários para registro de PICS no SUS.
7. **Módulo 8: Aula prática (10 horas - presencial / encerramento):** Encontro prático, visando a manipulação e preparo dos florais de Bach.

DISCUSSÃO

A análise integrada do perfil de matriculados e da proposta pedagógica revela elementos fundamentais sobre a estratégia de consolidação das PICS em Pernambuco. A maciça presença de profissionais de enfermagem sinaliza a aderência histórica da categoria à integralidade do cuidado. Esse achado converge com marcos normativos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), particularmente a recente Resolução COFEN nº 739/2024, que regulamenta e respalda a atuação da enfermagem nas PICS, conferindo autonomia profissional e segurança jurídica para o registro dessas atividades nos prontuários da rede pública[7]. Des-

sa forma, preenche-se uma importante lacuna ética, ofertando a terapia floral como recurso terapêutico no SUS.

A opção metodológica pelo modelo híbrido mostrou-se acertada para responder à realidade de trabalhadores do interior do estado. A literatura de educação permanente em saúde aponta que longos deslocamentos e o afastamento integral do trabalhador de sua rotina assistencial geram sobrecarga nas equipes de saúde da família e elevam os índices de absenteísmo[8]. Ao descentralizar o ensino, utilizando momentos síncronos e assíncronos no AVA, o curso preservou o vínculo diário do profissional com o serviço. No entanto, o plano de ensino manteve o rigor técnico essencial por meio dos módulos presenciais em Arcoverde (Módulos 1 e 8).

Essa presencialidade prática laboratorial resolve uma das principais barreiras identificadas na implementação das PICS: a insegurança clínica. Estudos apontam que cursos puramente teóricos ou na modalidade de ensino à distância não conferem ao trabalhador a confiança necessária para prescrever ou manusear os florais[2,8]. O Módulo 8 sanou diretamente essa fragilidade ao instituir um espaço de laboratório prático, onde procedimentos práticos, de manuseio e preparo dos florais de Bach, puderam ser executados de forma supervisionada e segura. O uso de insumos padronizados permite que o profissional manipule com controle de qualidade e biossegurança na rede de atenção à saúde.

Outros pontos de destaque para o debate residem na inovação do conteúdo programático nos Módulos 5 e 6, que inseriram a discussão do uso de florais de Bach no contexto das neurodivergências, com foco no Transtorno do Espectro Autista (TEA); APS e RAPS, que têm enfrentado um aumento expressivo de demandas de acolhimento e suporte a famílias de pacientes neurodivergentes, muitas vezes sobrecarregando a rede especializada[4]; oferta de alternativas complementares e seguras, focadas na regulação de sobrecargas emocionais e estresse por meio dos florais de Bach, inserindo essa terapia de forma inédita na agenda prioritária da gestão municipal, regional e estadual do SUS em Pernambuco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento e análise do curso 'Formação em Terapia Floral de Bach no SUS' revelam um itinerário formativo robusto, pedagogicamente coerente e altamente sintonizado com as necessidades de saúde coletiva da VI GERES. A descentralização metodológica por meio do ensino híbrido demonstrou ser uma estratégia eficaz para a viabilidade e capilaridade do programa de educação permanente.

A inclusão de eixos temáticos contemporâneos, como uma opção terapêutica no manejo do TEA na APS, associada com a qualificação dos profissionais, confere-lhes segurança técnica e clínica para atuar no território. Conclui-se que projetos formativos estruturados com esse nível de planejamento e integração multiprofissional representam elos fundamentais para a consolidação da PNPIC e da PEPIC no interior de Pernambuco, promovendo a humanização, reduzindo a medicalização desnecessária e fortalecendo um modelo de saúde sustentável, integrado e resolutivo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 4 maio 2006.
2. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Cienc Saude Colet. 2008 Jan-Fev;13(1):195-206.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui novas práticas integrativas à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Diário Oficial da União. 28 mar 2017.
4. Sousa IMC, Tesser CD, Schveitzer MC, Santos FAS, Cruz PJSC. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no sistema único de saúde e integração com a atenção primária. Cad Saude Publica. 2017 Mar;33(1):e00150215.
5. Bach E. Cura-te a ti mesmo: uma explicação sobre a causa real e a cura da doença. São Paulo: Ground; 1931.

6. Bach E. Coletânea de escritos de Edward Bach. Barnard J, organizador. São Paulo: Healing; 2013.
7. Bach E. Os doze curadores e outros remédios. Mount Vernon: The Bach Centre; 1941.
8. Jones TWH. Dicionário dos remédios florais do Dr. Bach: um guia prático para as 38 essências florais. São Paulo: Pensamento; 2010.
9. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 739, de 5 de fevereiro de 2024. Normatiza a atuação da Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília: COFEN; 2024.
10. Schveitzer MC, Santos FAS, Tesser CD, Sousa IMC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: uma análise de implantação sob a ótica dos profissionais. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2635.

DO VERSUS RECIFE À CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA ESTADUAL: EXPERIÊNCIA NA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES ANTIDISCRIMINATÓRIAS NO SUS DE ALAGOAS

Joanna Beatriz de Oliveira Silva[1]
Luciano da Silva Medeiros Junior[2]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, Alagoas, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap22

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de construção de uma proposta de portaria estadual voltada às diretrizes e práticas antidiscriminatórias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Alagoas. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e qualitativo, desenvolvido a partir das discussões vivenciadas no projeto VERSUS realizado no município do Recife-PE, em abril de 2026, e da análise de políticas públicas, legislações, documentos técnicos e indicadores produzidos pela Vigilância em Saúde. A Portaria nº 141/2024 do Recife constituiu importante referência inicial para elaboração da proposta, embora o processo tenha sido territorializado conforme as especificidades epidemiológicas, sociais e culturais do estado de Alagoas. A construção da minuta incorporou discussões relacionadas à equidade, interseccionalidade,

determinantes sociais da saúde e enfrentamento das discriminações institucionais nos processos de cuidado, gestão e trabalho em saúde. Ao longo do percurso, boletins epidemiológicos e documentos institucionais subsidiaram a identificação de vulnerabilidades e prioridades em saúde, possibilitando ampliação das diretrizes propostas para diferentes populações historicamente vulnerabilizadas. Além disso, a experiência ultrapassou a dimensão técnico-administrativa e passou a constituir espaço de educação permanente, participação social e articulação coletiva, envolvendo áreas técnicas da gestão estadual, movimentos sociais, coletivos e lideranças religiosas. Entre os principais desafios identificados destacam-se a complexidade de articular diferentes políticas públicas em um único instrumento normativo e a ausência de referências estaduais semelhantes. Por outro lado, a experiência evidenciou a potência da territorialização, da construção coletiva e da educação permanente na formulação de políticas públicas comprometidas com a promoção da equidade e a redução das iniquidades no SUS.

Palavras-chave: Equidade, Educação em saúde, Vigilância em saúde, Minorias desiguais em saúde e populações vulneráveis, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, ainda convive com importantes desafios relacionados às desigualdades sociais e às múltiplas formas de discriminação que atravessam os processos de cuidado, gestão e trabalho em saúde[1,2]. Racismo, LGBTQIAPN+-fobia, capacitismo, idadismo e outras violências institucionais repercutem diretamente no acesso aos serviços, na qualidade do cuidado ofertado e nos indicadores de saúde de populações historicamente vulnerabilizadas[3,4].

Nas últimas décadas, políticas nacionais voltadas à promoção da equidade em saúde fortaleceram o reconhecimento das

especificidades de grupos populacionais historicamente excluídos, como a população negra, população LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência, população em situação de rua e pessoas privadas de liberdade[4-8]. Entretanto, muitos estados e municípios ainda apresentam fragilidades na institucionalização de diretrizes transversais capazes de articular essas políticas no cotidiano dos serviços e processos de trabalho em saúde.

Nesse contexto, a participação no projeto VERSUS realizado no município do Recife, em abril de 2026, constitui importante espaço de reflexão sobre equidade, educação permanente e justiça social no SUS. As discussões desenvolvidas durante a vivência possibilitaram aproximação com a Portaria nº 141/2024 do Recife[9], que institui diretrizes e práticas antidiscriminatórias no âmbito do SUS municipal, despertando inquietações acerca da ausência de normativas semelhantes no estado de Alagoas.

A partir dessas inquietações, iniciou-se a elaboração de uma proposta de portaria estadual voltada à promoção de práticas antidiscriminatórias no SUS alagoano, fundamentada na análise de políticas públicas, documentos normativos e indicadores produzidos pela Vigilância em Saúde. O presente trabalho tem como objetivo relatar esse percurso, destacando os processos de territorialização, educação permanente e construção coletiva envolvidos na formulação da proposta normativa.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e qualitativo, acerca da elaboração de uma proposta de portaria estadual voltada às diretrizes e práticas antidiscriminatórias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Alagoas. O processo teve início no final do mês de abril de 2026, após a participação no projeto VERSUS realizado no município do Recife - Pernambuco.

A construção da proposta ocorreu por meio da análise documental de políticas públicas, legislações, portarias ministeriais e documentos técnicos relacionados às populações negra, população

LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência, população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, adolescentes em conflito com a lei, povos e comunidades tradicionais, população idosa e populações migrantes e refugiadas. Como referência inicial para elaboração da minuta, utilizou-se a Portaria nº 141/2024 do município do Recife[9], adaptando suas diretrizes às especificidades territoriais, epidemiológicas e socioculturais do estado de Alagoas.

A territorialização do documento foi subsidiada pela leitura de boletins epidemiológicos, indicadores de vigilância em saúde e documentos institucionais produzidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, buscando identificar vulnerabilidades, desigualdades e demandas prioritárias relacionadas às populações contempladas na proposta. Posteriormente, a minuta passou a ser discutida em reuniões com áreas técnicas da gestão estadual, representantes da sociedade civil, movimentos sociais, coletivos e lideranças religiosas de matriz africana, fortalecendo a participação social e a construção coletiva do instrumento normativo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A ausência de normativas estaduais voltadas ao enfrentamento das discriminações institucionais no SUS de Alagoas constituiu o principal disparador para a elaboração da proposta. Embora existam políticas nacionais específicas para diferentes populações vulnerabilizadas, observava-se fragilidade na articulação dessas diretrizes nos processos de cuidado, gestão e organização dos serviços de saúde no contexto estadual.

As discussões vivenciadas durante o projeto VERSUS Recife impulsionaram reflexões sobre equidade, justiça social e educação permanente em saúde, especialmente a partir do contato com debates relacionados à Portaria nº 141/2024 do Recife[9]. Ainda que não tenha ocorrido articulação institucional direta com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, a leitura crítica da normativa contribuiu como importante referência para construção inicial da proposta em Alagoas.

A escrita da minuta teve início no final do mês de abril de 2026, inicialmente fundamentada na análise de políticas públicas e documentos técnicos relacionados às populações historicamente vulnerabilizadas. Entretanto, ao longo da elaboração, percebeu-se que a simples adaptação de uma normativa municipal não responderia integralmente às necessidades e especificidades do território alagoano. Dessa forma, optou-se pela ampliação do escopo do documento, incorporando discussões relacionadas à interseccionalidade e à determinação social da saúde evidenciadas no contexto epidemiológico estadual[1,2].

Nesse percurso, boletins epidemiológicos, indicadores de vigilância em saúde e documentos institucionais passaram a subsidiar a territorialização das diretrizes propostas. Esse movimento possibilitou a inclusão de diferentes populações no documento, como população negra, população LGBTQIAPN+, pessoas com deficiência, população em situação de rua, povos tradicionais, pessoas privadas de liberdade, adolescentes em conflito com a lei, população idosa, pessoas com albinismo, populações migrantes e refugiadas, além do enfrentamento às diferentes formas de violência institucional nos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

Ao longo do processo, a elaboração da minuta ultrapassou a dimensão técnico-administrativa e passou a constituir espaço de educação permanente, escuta e articulação coletiva. A proposta passou a ser debatida com áreas técnicas da gestão estadual, representantes de movimentos sociais, integrantes de comitês, coletivos sociais e lideranças religiosas de matriz africana, possibilitando revisões, reformulações e ampliação das diretrizes inicialmente propostas. Tal movimento fortaleceu a compreensão da equidade enquanto eixo transversal das práticas de cuidado e gestão no SUS.

Entre os principais desafios identificados, destacam-se a complexidade de articular diferentes políticas públicas em um único instrumento normativo, a ausência de referências estaduais seme-

lhantes e a necessidade de construir diretrizes que dialogassem simultaneamente com os princípios do SUS, as especificidades territoriais de Alagoas e as demandas das populações historicamente vulnerabilizadas. Em contrapartida, o percurso evidenciou a potência da construção coletiva e da educação permanente na formulação de políticas públicas comprometidas com a redução das iniquidades em saúde.

A construção de diretrizes antidiscriminatórias no SUS evidencia desafios históricos relacionados à institucionalização da equidade nas políticas públicas de saúde. Embora existam políticas nacionais direcionadas às populações historicamente vulnerabilizadas, muitas dessas ações ainda permanecem fragmentadas nos processos de gestão e cuidado, dificultando sua atuação transversal no cotidiano dos serviços[3].

Nesse sentido, a territorialização mostrou-se estratégia fundamental para formulação de políticas públicas mais sensíveis às realidades locais[10,11]. A utilização de boletins epidemiológicos, indicadores de vigilância em saúde e documentos institucionais possibilitou compreender vulnerabilidades específicas presentes em Alagoas, contribuindo para que a proposta assumisse caráter contextualizado e interseccional. Tal perspectiva reforça a importância da Vigilância em Saúde na identificação das iniquidades e no direcionamento de ações voltadas à promoção da equidade[1,2].

Outro aspecto relevante refere-se à potência da educação permanente em saúde enquanto dispositivo de transformação dos processos de trabalho e produção do cuidado[12]. A construção coletiva da minuta, envolvendo áreas técnicas, movimentos sociais, representantes religiosos e sociedade civil, ampliou o debate sobre discriminação institucional, participação social e justiça social no SUS, fortalecendo espaços de escuta e reflexão crítica sobre as práticas em saúde.

Além disso, a experiência aponta para necessidade de fortalecimento de iniciativas intersetoriais e participativas que ultrapassem o caráter exclusivamente normativo e alcancem o cotidiano

dos serviços de saúde. O enfrentamento das discriminações institucionais exige ações contínuas, territorializadas e comprometidas com os princípios da equidade, integralidade e participação social no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido durante a elaboração da proposta normativa revelou a potência da educação permanente, da territorialização e da participação social na formulação de políticas públicas comprometidas com a equidade em saúde. Inicialmente motivada pela ausência de normativas estaduais voltadas ao enfrentamento das discriminações institucionais, a experiência foi fortalecida pelas discussões vivenciadas no projeto VERSUS Recife e pela análise crítica de iniciativas já existentes, como a Portaria nº 141/2024 do município do Recife.

A incorporação de indicadores epidemiológicos, documentos institucionais e diálogos com diferentes sujeitos e coletivos possibilitou ampliar o olhar sobre as vulnerabilidades presentes no território alagoano, contribuindo para a elaboração de um instrumento mais sensível às especificidades locais. Além disso, o processo demonstrou que a construção coletiva de normativas pode constituir importante estratégia de mobilização institucional, fortalecimento da participação social e transformação dos processos de cuidado e gestão no SUS.

Por fim, destaca-se que iniciativas voltadas ao enfrentamento das discriminações institucionais precisam ultrapassar o caráter exclusivamente normativo e assumir dimensão contínua nos processos de trabalho, planejamento, educação permanente e organização da rede de atenção à saúde. Espera-se que a experiência relatada contribua para ampliação do debate sobre equidade, justiça social e defesa do SUS enquanto espaço de produção de cuidado integral, humanizado e comprometido com a redução das iniquidades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Fiquene LP, Reis TS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: abordagens e práticas para o bem-estar social. [S.l.]: Atena Editora; 2025. Iniquidades em saúde e determinantes sociais: desafios para a consolidação da equidade no SUS; p. 37-42.
2. da Silva LM, Carvalho CN, Siqueira EF, Venuto FPAL, Moura AR da C, da Silva II FB, et al. Iniquidades em Saúde no Território Brasileiro: Perspectivas pra um Sistema Único de Saúde mais Justo. ARE [Internet]. 7º de abril de 2026 [citado 20º de maio de 2026];8(4):e 12789 . Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/12789
3. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc [Internet]. Set 2016 [citado 20 maio 2026];25(3):535-49. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0104-129020162610
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa Brasília : 1. ed., Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 201. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
5. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
8. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União. 7 jul 2015.
9. Recife. Secretaria de Saúde. Portaria nº 141/2024, de 2024. Institui diretrizes e práticas antidiscriminatórias no âmbito do Sistema Único de Saúde do Recife. Recife: Secretaria de Saúde; 2024.

10. Martins, M. P., Chagas, P. B. (2021). Território, Territorialização e Territorialidade: Proposta de Avanço de Chaves Teóricas para a Análise da(s) Dinâmica(s) das Cidades. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, 17(2).
11. Santos M. A Natureza do Espaço. EdUSP; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

23 DESAFIOS NO ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO AGRESTE PERNAMBUCANO

Glebson Costa Alves[1]
Melba Santiago Menezes[2]
Robson Cruz Ramos da Silva[3]
Leonardo de Barros Lopes[2]
Vitor Nascimento Goes[2,4]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap23

RESUMO

O presente relato de experiência detalha a articulação entre universidade, gestão estadual e lideranças locais para implantar um projeto de extensão e realizar o levantamento das necessidades de saúde do Quilombo Serra Verde, em Caruaru-PE. O objetivo central foi compreender as dinâmicas de saúde e identificar os principais entraves enfrentados pela comunidade no cotidiano do território. Os achados revelam que as necessidades de saúde da população transcendem a assistência clínica convencional, estando profundamente vinculadas aos determinantes sociais e às barreiras estruturais. A vivência

evidenciou que o acesso é limitado por barreiras geográficas que dificultam grande parte do cuidado em saúde na rede municipal. Destacam-se o protagonismo feminino na organização comunitária, os impactos da urbanização e a persistência de lacunas assistenciais históricas. As discussões reforçam que o fortalecimento de normativas nacionais e o aporte de recursos financeiros recentes são passos decisivos para mitigar marginalizações históricas. Conclui-se que a promoção da equidade em saúde no contexto quilombola exige uma escuta sensível às especificidades do território, integrando saberes tradicionais, o fomento à intersetorialidade e a implementação efetiva de políticas públicas para assegurar a dignidade humana no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Equidade no acesso aos serviços de saúde, Quilombolas, Políticas públicas de saúde

INTRODUÇÃO

A população quilombola enfrenta diversos desafios no Brasil, pois historicamente são atravessadas pelas desigualdades sociais, que impactam diretamente nas condições de saúde e no acesso aos serviços disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[1].

As comunidades quilombolas são reflexos dos processos históricos de exclusão, racismo estrutural, invisibilidade, vulnerabilidade e grande parte destes territórios enfrentam dificuldades de acesso na Atenção Primária à Saúde (APS), barreiras geográficas relacionadas a distância dos serviços de saúde, escassez de transporte, saneamento básico precário, além de políticas públicas insuficientes para atender às realidades socioculturais desta população[2].

Dessa forma, é essencial discutir a equidade em saúde, compreendendo como a Determinação Social da Saúde tem relação direta com o processo saúde-doença dessas populações. Soma-se a isso, a necessidade de reconhecer os saberes tradicionais, as lideranças comunitárias, entendendo como a comunidade quilombola

se organiza socialmente, para a construção de práticas de cuidados pautadas na justiça social e culturalmente adequadas[3].

Nesse sentido, existem normativas nacionais que asseguram e representam avanços nas garantias de direitos, apesar de existir lacunas significativas para a sua efetivação e implementação nos territórios quilombolas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)[4,5].

Vale ressaltar que a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) criou a Coordenação de Atenção à Saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT) em 2024. Pioneira no país, a pasta foi estabelecida para atender às demandas específicas e acompanhar a saúde dessas populações, que abrangem 33 etnias distintas, entre elas a população quilombola.

Diante do pressuposto, o presente relato de experiência busca apresentar a vivência no território quilombola Serra Verde, no município de Caruaru-PE, demonstrando as percepções acerca das condições de acesso à saúde, as principais demandas identificadas e necessidades deste território.

METODOLOGIA

O cenário da atividade é o município de Caruaru, localizado no Agreste de Pernambuco, a aproximadamente 130 km da capital, Recife. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[6], o município possui uma extensão territorial de 979.069 km² e uma população estimada em 318.048 habitantes.

A experiência vincula-se ao projeto de extensão em Fisioterapia em Comunidades Quilombolas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que, após atuações nos quilombos Onze Negros, no Cabo de Santo Agostinho-PE e em Ilha das Mercês em Ipojuca-PE, pretende expandir suas atividades para o Quilombo de Serra Verde, em Caruaru-PE.

A iniciativa é realizada em parceria com a SES-PE, por meio da CASPCT. O projeto prevê visitas mensais à comunidade, fundamentadas na necessidade de acompanhamento por equipes multiprofissionais e na dificuldade de acesso a esses serviços, visando promover e ampliar a assistência à saúde no território.

Para a viabilização da proposta no quilombo Serra Verde, realizou-se uma articulação prévia entre a CASPCT, a liderança local e os residentes de Saúde do Campo que atuam no território quilombola, com a finalidade de alinhar o diálogo entre as partes. A reunião ocorreu no Instituto de Mulheres Quilombolas de Caruaru-Dandara's, instituição fundada pela união de mulheres focada em melhorias comunitárias e reconhecida legalmente pela Fundação Cultural Palmares em 2024, o encontro teve a duração de 2h.

A reunião de articulação iniciou-se com a apresentação de todos os presentes em uma roda de conversa, contando com a participação da coordenadora da CASPCT-SES/PE, cinco representantes do quilombo Serra Verde, incluindo a liderança local, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), quatro residentes em Saúde do Campo e dois residentes em Saúde Coletiva.

Durante o momento, questionou-se aos representantes do quilombo sobre o interesse na adesão ao projeto de extensão em Fisioterapia da UFPE para a comunidade. A proposta obteve anuência do grupo, que reiterou a importância da iniciativa como uma possibilidade adicional de cuidado e promoção à saúde, ainda que com periodicidade mensal. Na sequência, utilizou-se como estratégia pedagógica a pergunta disparadora: "O que vocês acham que falta no território de vocês em relação à saúde?".

Esse questionamento foi oportuno de ser realizado, tendo em vista o levantamento das necessidades de saúde da população, considerando as diretrizes da Portaria GM/MS nº 9.572/2025, que dispõe sobre o incentivo financeiro para a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) em territórios quilombolas, visando reduzir as disparidades históricas de acesso nessas comunidades[7].

RESULTADOS

A vivência no território quilombola permitiu identificar que a assistência à saúde, especificamente as ações de imunização, pré-natal e puericultura, está centralizada na USF Base, localizada a 12 km de distância da comunidade. No que tange aos sistemas de informação, verificou-se uma lacuna no registro dos atendimentos, uma vez que a falta de recursos tecnológicos impede o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em tempo real, somada a entraves operacionais da equipe de base.

Quanto à estrutura da Atenção Primária, observou-se uma cobertura insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com apenas uma profissional para toda a extensão territorial, resultando em áreas desassistidas. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) apresentou fragilidades na regulação para especialistas e suporte insuficiente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No perfil da comunidade, identificou-se a prevalência de sobrepeso entre crianças e adolescentes da escola local. Observou-se também que a maioria da população trabalha no centro urbano de Caruaru e que as mulheres exercem o papel de lideranças locais. Por fim, constatou-se uma marcante resistência dos homens em buscar os serviços de saúde disponíveis.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que as necessidades de saúde da comunidade são atravessadas por Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e barreiras geográficas que comprometem a longitudinalidade do cuidado. A distância da unidade de referência e a dificuldade de registro de dados impactam diretamente a prática dos residentes e a continuidade da assistência.

O perfil nutricional de sobrepeso na população infantojuvenil reflete mudanças nos hábitos alimentares, corroborando estudos que indicam uma tendência ao excesso de peso em crianças quilombolas, mesmo em situações de vulnerabilidade[8]. Essa

dinâmica é influenciada pelo processo de urbanização, visto que o fluxo laboral para o centro de Caruaru altera a rotina e os costumes locais.

A organização social evidenciada pelo protagonismo das mulheres nas lutas comunitárias reflete a feminização do cuidado[9]. Em oposição, o comportamento dos homens é discutido à luz de estereótipos de gênero e da masculinidade hegemônica, que atuam como barreiras para o autocuidado e influenciam a produção de adoecimento nessa população específica do Agreste Pernambucano como em outros quilombos[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões evidenciaram as lacunas assistenciais no território quilombola, destacando que o aporte financeiro da Portaria GM/MS nº 9.572/2025 é um recurso imprescindível para mitigar processos históricos de marginalização. Conclui-se que a garantia do direito à saúde transcende a oferta de consultas, exigindo a superação de barreiras geográficas, o fomento à intersetorialidade e a aplicação ética dos recursos. Somente através de um olhar sensível às especificidades locais será possível melhorar os indicadores de saúde e garantir a dignidade do acesso para essa população.

REFERÊNCIAS

1. Silva GM, Fonseca VEB, Sant'Ana JCF, VelosoCSM. Acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela população quilombola mineira. Rev Bras Estud Jurid [Internet]. 2025; 19(1).
2. Barros ARV, Oliveira BLCA, Pinto CS, Santos Junior GR. Utilização de serviços de saúde por idosos quilombolas. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2023; 56(3). doi: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.204791 .
3. Pereira RN, Mussi RFF. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. ODEERE [Internet]. 2020;5(10). doi: doi.org/10.22481/odeere.v5i10.6938

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2026 May 14]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2026 May 14]. Available from: https://www.gov.br/saude

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Caruaru [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [cited 2026 May 14]. Available from: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/caruaru.html

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 22 de dezembro de 2025. Diário Oficial da União [Internet]. 2025 Dec 23 [cited 2026 May 14];Seção 1:272-278. Available from: https://www.in.gov.br

8. Souza EMR, Silva NJ, Fagundes AA. Análise de tendência da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças quilombolas no Brasil. Cien Saude Colet. 2025;30(2):1-11. doi:10.1590/1413-81232025302.09422023.

9. Souza ML, et al. A saúde da população quilombola: invisibilidade, racismo estrutural e acesso ao SUS. Saude Debate [Internet]. 2022;46(spe 6):156-170.

10. Silva FR, Gomes WS. Masculinidades quilombolas: características e produção de adoecimento em um quilombo do agreste pernambucano, PE, Brasil. Interface (Botucatu). 2025;29:e240331. doi:10.1590/interface.240331.

GUIA PARA INCLUSÃO DE AÇÕES VOLTADAS ÀS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE NOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS E TRANSVERSAIS DE PERNAMBUCO

Alexciane Priscila da Silva
Erik Tavares Gonçalves
Amanda Maria Antônia da Silva
Jamerson de Souza Marinho

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap24

RESUMO

O planejamento em saúde é fundamental para a organização das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo operacionalizado nos municípios por meio dos Planos Municipais de Saúde (PMS). Contudo, análises dos PMS 2022–2025 em Pernambuco evidenciaram baixa incorporação de ações voltadas à promoção da equidade. Diante disso, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) desenvolveu, de forma colaborativa, um instrumento orientador para subsidiar os municípios na elaboração de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) nos PMS 2026–2029. A experiência fortaleceu a institucionalização da equidade, ampliou a visibilidade de populações historicamente vulnerabilizadas e apoiou tecnicamente os municípios na incorporação das políticas de equidade no SUS.

Palavras-chave: Equidade em saúde, Planejamento em saúde, Gestão em saúde

INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde constitui um dos principais instrumentos de gestão do SUS, sendo operacionalizado, no âmbito municipal, por meio do Plano Municipal de Saúde. Esses instrumentos orientam as prioridades e estratégias de saúde nos territórios, permitindo a definição de prioridades, metas e estratégias voltadas às necessidades da população, conforme estabelecido pelas Leis nº 8.080/1990[1], nº 8.142/1990[2] e pelo Decreto nº 7.508/2011[3]. No contexto brasileiro, marcado por profundas desigualdades sociais e territoriais, o princípio da equidade assume papel central na formulação das políticas públicas de saúde, exigindo respostas diferenciadas às distintas necessidades populacionais[4].

Em Pernambuco, diversos grupos populacionais vivenciam situações históricas de vulnerabilidade, tais como população negra, povos indígenas, comunidades quilombolas, população LGBTQIAPN+, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência e outros segmentos historicamente invisibilizados nas políticas públicas[4,5].

Nesse cenário, o Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco, por meio das Notas Técnicas nº 1/2025[6] e nº 6/2025[7], realizou análise dos PMS 2022–2025 dos 184 municípios pernambucanos, identificando fragilidades significativas na incorporação de DOMI voltados às populações em situação de vulnerabilidade. O levantamento evidenciou a baixa representatividade dessas populações nos instrumentos de planejamento municipal, comprometendo o enfrentamento das desigualdades estruturais em saúde.

Diante desse contexto, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), por meio da Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET), em articulação com as áreas

técnicas de regionalização e planejamento, desenvolveu um instrumento orientador destinado a subsidiar os municípios pernambucanos na elaboração dos PMS 2026–2029[8]. A iniciativa buscou fortalecer a institucionalização da equidade no planejamento em saúde, promovendo a inclusão de DOMI voltados à promoção da equidade. Nesse sentido, o presente capítulo tem como objetivo relatar a experiência de construção colaborativa do instrumento orientador, bem como apresentar parte do produto desenvolvido, destacando metodologia, resultados e contribuições para o fortalecimento da equidade em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a elaboração de instrumento orientador para inclusão de DOMI voltados à promoção da equidade nos PMS 2026–2029. A experiência foi desenvolvida entre agosto e outubro de 2025, no âmbito da SES-PE, sob coordenação da DGPET. O processo metodológico ocorreu em quatro etapas principais:

1. Análise situacional dos PMS 2022–2025 através dos dados provenientes das Notas Técnicas nº 1/20256 e nº 6/2025[7], elaboradas pela Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco, que analisaram os PMS dos 184 municípios do estado.
2. Levantamento de referenciais normativos e construção colaborativa do instrumento, envolvendo áreas técnicas da DGPET, dos setores de planejamento e regionalização, considerando orientações do PlanejaSUS[9].
3. Sistematização e validação técnica do documento alinhado às diretrizes da Resolução nº 942/2025 do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco[10].
4. Publicação e envio às GERES e COSEMS para ampla divulgação junto aos municípios.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A construção do instrumento orientador fortaleceu a inclusão das populações historicamente invisibilizadas nos PMS. A análise dos PMS 2022–2025 revelou baixa incorporação de ações voltadas a esses grupos: apenas dois municípios contemplaram todas as populações estudadas, enquanto 33% dos municípios não apresentaram nenhuma ação direcionada a esse público[6,7].

A partir desse diagnóstico, foi elaborada uma Nota Técnica orientadora contendo contextualização epidemiológica e social das populações em situação de vulnerabilidade, orientações para os PMS 2026–2029 e propostas de metas e indicadores voltadas à promoção da equidade[8]. O material apoiou gestores e equipes técnicas na incorporação da equidade aos instrumentos de gestão.

Como eixo estruturante, definiu-se a diretriz: "Fortalecimento das políticas públicas de saúde voltadas às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdades sociais".

Com base nessa diretriz, foram construídos 26 objetivos estratégicos, acompanhados de metas, indicadores e sugestões de ações voltadas às diferentes coordenações da DGPET. O instrumento também apresentou exemplos práticos relacionados à ampliação do acesso aos serviços, qualificação da atenção integral, educação permanente, fortalecimento da participação social, monitoramento de indicadores de equidade e redução de barreiras institucionais[8].

Além disso, o processo reforçou a importância da participação social na elaboração dos PMS, incentivando o envolvimento de movimentos sociais, lideranças comunitárias e representantes das populações vulnerabilizadas em todas as etapas do planejamento em saúde[2,9]. A Tabela 1 apresenta exemplos de DOMI elaborados no processo de construção colaborativa do instrumento orientador.

No guia, para cada DOMI, também foram elencadas ações propostas enquanto apoio institucional para o cumprimento das metas estabelecidas, incluindo estratégias de qualificação das equipes, ampliação do acesso aos serviços e outros.

Tabela 1. Exemplos de DOMI voltados às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdades sociais para os PMS 2026–2029 em Pernambuco

População Negra	
Objetivo 1: Fortalecer a gestão participativa para vigilância, promoção da saúde da população negra e redução das iniquidades raciais no âmbito municipal.	
Meta: Estruturar uma instância municipal de participação social voltada à implementação e ao monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).	**Indicador:** Número de instâncias de gestão participativa estruturada para execução e monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).
Pessoas com Deficiências, TEA e outras neurodiversidades	
Objetivo 2: Promover e ampliar os cuidados integrais em saúde, com foco nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual e para múltiplas deficiências.	
Meta: Ampliar em 30% a cobertura de atendimentos reabilitadores para pessoas com neurodiversidades até o ano de 2029.	**Indicador:** Percentual de ampliação de cobertura de atendimentos reabilitadores para pessoas com neurodiversidades.
Segurança Alimentar e Nutricional	
Objetivo 3: Monitorar e promover a melhoria do estado nutricional e do consumo alimentar dos beneficiários do Programa Bolsa Família, garantindo o cumprimento das condicionalidades de saúde.	
Meta: Até 2029, acompanhar anualmente, com registro no SISVAN, 80% das crianças, gestantes e nutrizes beneficiárias do Bolsa Família, incluindo dados de estado nutricional e consumo alimentar.	**Indicadores:** Percentual de beneficiários do PBF acompanhados no SISVAN com dados de estado nutricional e consumo alimentar.
Práticas Integrativas e Complementares à Saúde (PICS)	
Objetivo 4: Fomentar a formação permanente e a qualificação dos profissionais de saúde da atenção básica em PICS.	

DISCUSSÃO

A experiência demonstrou que o planejamento em saúde ainda apresenta lacunas importantes na incorporação das necessidades das populações em situação de vulnerabilidade. Apesar da equidade constituir um princípio do SUS, muitos municípios ainda desenvolvem PMS pouco sensíveis às especificidades territoriais e sociais desses grupos, comprometendo a efetividade das políticas públicas[4].

O processo também evidenciou fragilidades relacionadas ao monitoramento e à avaliação das ações, especialmente pela dificuldade de definição de indicadores específicos para populações vulnerabilizadas. Nesse sentido, o instrumento orientador buscou apoiar os municípios na elaboração de metas e indicadores monitoráveis[8].

Além disso, a construção colaborativa do documento contribuiu para fortalecer a institucionalização das políticas de equidade e consolidar uma metodologia replicável para futuros ciclos de planejamento no âmbito estadual e municipal[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do instrumento orientador para inclusão de DOMI voltados às populações em situação de vulnerabilidade nos PMS 2026–2029 representa importante iniciativa para fortalecimento da equidade na gestão do SUS em Pernambuco.

A experiência evidenciou que a baixa representatividade dessas populações nos instrumentos de gestão limita o enfrentamento das desigualdades sociais e a efetivação dos princípios do SUS4. Nesse contexto, destaca-se a importância do desenvolvimento de estratégias técnicas voltadas à inclusão das especificidades territoriais e ao monitoramento das ações.

O processo de construção colaborativa fortaleceu o diálogo entre gestão, áreas técnicas e políticas de equidade, contribuindo para práticas de planejamento mais participativas e orientadas pelos determinantes sociais da saúde[9].

Por fim, recomenda-se que os próximos ciclos de planejamento fortaleçam o mapeamento das populações vulnerabilizadas, ampliem a articulação intersetorial, fortaleçam indicadores de equidade e incentivem a participação social nos PMS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

2. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 1990.

3. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

6. Pernambuco. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco. Nota Técnica nº 1/2025 – SEINP/SEMS-PE/MS. Recife: Ministério da Saúde, 2025.

7. Pernambuco.Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco. Nota Técnica nº6/2025. Recife: Ministério da Saúde, 2025.

8. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Nota Técnica Nº 32 - Orientações Técnicas para Inclusão de Populações em Situação de Vulnerabilidade nos Planos Municipais de Saúde de Pernambuco 2026-2029

9. Brasil. Ministério da Saúde. PlanejaSUS: instrumento básico de orientação do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

10. Pernambuco. CES/PE. Resolução nº 942/2025. Dispõe sobre orientações para inclusão de ações voltadas às populações em situação de vulnerabilidade nos Planos Municipais de Saúde. Recife, 2025.

SAÚDE QUILOMBOLA EM PERNAMBUCO: CONSTRUÇÃO COLETIVA DE DIRETRIZES PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE E VALORIZAÇÃO DOS SABERES TRADICIONAIS

Jamerson de Souza Marinho
Amanda Maria Antônia da Silva
Alexciane Priscila da Silva
Maria Deisiane de Souza
Leonardo de Barros Lopes

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap25

RESUMO

O capítulo apresenta a experiência de construção da Nota Técnica elaborada no III Encontro Estadual pela Saúde Quilombola de Pernambuco, realizado em dezembro de 2025, em Salgueiro–PE. O encontro reuniu comunidades quilombolas, gestores, trabalhadores do SUS e instituições parceiras para construção participativa de diretrizes voltadas à equidade em saúde. O processo metodológico envolveu debates temáticos e grupos de trabalho organizados em quatro eixos estratégicos. Como resultado, foram sistematizadas recomendações relacionadas ao fortalecimento da Atenção Primária, qualificação dos registros étnico-raciais, valorização dos saberes tradicionais, educação permanente e participação social.

Palavras-chave: Saúde quilombola, Equidade em saúde, Povos e comunidades tradicionais, Participação social, Saberes tradicionais

INTRODUÇÃO

A promoção da equidade em saúde constitui um dos fundamentos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente diante das desigualdades históricas que atingem grupos socialmente vulnerabilizados[1]. No contexto brasileiro, as comunidades quilombolas convivem com persistentes iniquidades relacionadas ao acesso aos serviços públicos, condições de vida, racismo estrutural e invisibilidade institucional de suas demandas nos processos de planejamento e gestão em saúde[2].

Em Pernambuco, a presença significativa de comunidades quilombolas em diferentes territórios demonstra a necessidade de estratégias voltadas à garantia do direito à saúde dessa população. Além das dificuldades associadas ao acesso à atenção integral[3], permanecem desafios referentes à ausência de identificação adequada nos sistemas de informação, fragilidade das ações intersetoriais, insuficiência de políticas territorializadas e limitada valorização dos saberes tradicionais nos processos de cuidado[4].

O III Encontro Estadual pela Saúde Quilombola de Pernambuco foi uma iniciativa direcionada ao fortalecimento do diálogo entre gestão pública, controle social, movimentos quilombolas e trabalhadores da saúde. Esse momento buscou construir diretrizes orientadoras para subsidiar políticas públicas voltadas à saúde quilombola, considerando os determinantes sociais da saúde, a valorização cultural e a promoção da equidade racial no SUS[5].

Com as discussões e consensos elaborados coletivamente, foi construída uma Nota Técnica estruturada em eixos temáticos estratégicos com recomendações direcionadas ao fortalecimento da governança, da participação social, da educação permanente e da integração entre os saberes tradicionais e os serviços de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência sobre o III Encontro Estadual pela Saúde Quilombola de Pernambuco, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por meio da Diretoria de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET) através da Coordenação de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais (CASPCT), com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e articulação com o movimento Quilombos Pernambuco.

A realização se deu em dezembro de 2025, em Salgueiro–PE, reunindo representantes quilombolas, gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino, movimentos sociais e organizações parceiras.

O percurso metodológico baseou-se em estratégias participativas de exposições temáticas, grupos de trabalho e plenária, com ampla participação popular das comunidades quilombolas do estado.

Os debates, conduzidos por facilitadores e relatores, buscaram identificar demandas prioritárias, desafios territoriais e propostas de fortalecimento da saúde quilombola, baseado em quatro eixos temáticos: Saúde Quilombola e Bases Legais; Agravos, Contextos Sociais e Promoção da Saúde; Informação em Saúde, Planejamento e Governança; e Saúde e Saberes Tradicionais nos Quilombos[6].

As contribuições produzidas foram sistematizadas e apresentadas em plenária para apreciação coletiva. Após o encontro, as propostas foram consolidadas e subsidiaram a construção da Nota Técnica Estadual de Atenção à Saúde da População Quilombola do Estado de Pernambuco, principal produto resultante da atividade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O III Encontro Estadual pela Saúde Quilombola consolidou-se como espaço de escuta, articulação e fortalecimento da participação social, favorecendo a construção coletiva de diretrizes voltadas à promoção da equidade em saúde.

Os debates evidenciaram que as condições de saúde das comunidades quilombolas estão relacionadas aos determinantes sociais, culturais, ambientais e territoriais[3], destacando nomeadamente os problemas de ausência de saneamento básico, insegurança alimentar e hídrica, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, racismo institucional e invisibilidade nos sistemas oficiais de informação[5].

Entre os principais resultados, destacou-se a formulação de diretrizes voltadas ao fortalecimento da identificação quilombola nos serviços de saúde, incluindo o adequado preenchimento do quesito raça/cor/etnia e a qualificação permanente dos trabalhadores quanto à abordagem étnico-racial e ao enfrentamento do racismo institucional[6].

Também foi enfatizada a valorização dos saberes ancestrais e das práticas tradicionais de cuidado em saúde, reconhecendo parteiras, benzedeiras e rezadeiras no papel de detentoras do saber em saúde tradicional nos territórios quilombolas. Assim, foram propostas estratégias de integração entre os saberes tradicionais e os serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária[7].

As discussões ainda apontaram a demanda por fortalecimento das Equipes de Saúde da Família Quilombola, da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária, da ampliação da participação social e da inserção da temática da saúde quilombola nos processos formativos[8].

DISCUSSÃO

Eixo 1: Saúde quilombola e bases legais

Os debates demonstraram que, apesar dos avanços relacionados à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e à Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola, permanecem desafios para sua efetivação nos territórios[6,4]. Destacou-se a fragilidade da identificação da população quilombola nos sistemas de informação em saúde, frequentemente marcada pelo preenchimento inadequado do quesito raça/cor/etnia.

Os participantes reconheceram que a qualificação dos registros étnico-raciais fortalece as políticas de equidade e amplia a visibilidade das condições de vida e saúde das comunidades[9]. Ademais, foi enfatizada a necessidade de fortalecer estratégias de Educação Permanente em Saúde voltadas ao enfrentamento do racismo institucional e qualificação do cuidado culturalmente sensível.

Eixo 2: Agravos, contextos sociais e promoção da saúde quilombola

As discussões realizadas neste eixo notabilizaram que as condições de saúde da população quilombola estão relacionadas aos determinantes sociais, ambientais, econômicos e territoriais que atravessam historicamente essas comunidades. Os relatos apresentados indicaram questões atreladas ao acesso à água potável, saneamento básico, segurança alimentar, transporte, moradia e preservação territorial na dinâmica de fatores que impactam diretamente a saúde e a qualidade de vida[5].

A fragilização da infraestrutura básica foi identificada na condição de importante fator associado à ocorrência de agravos evitáveis, doenças infecciosas, insegurança alimentar e dificuldades de acesso aos serviços públicos. Com esse cerne, os diálogos reforçaram a necessidade de fortalecimento das ações intersetoriais, envolvendo saúde, assistência social, educação, agricultura, meio ambiente e políticas de promoção da igualdade racial.

Conjuntamente, foram debatidos os impactos e repercussões das mudanças climáticas e dos desastres socioambientais sobre os territórios quilombolas. As situações relatadas pelos integrantes consistiam na recorrência de circunstâncias de vulnerabilidade relacionadas à seca, insegurança hídrica, degradação ambiental e ameaças territoriais, com repercussões diretas nos modos de vida e na saúde coletiva.

Eixo 3: Informação em saúde, planejamento e governança da saúde quilombola

O debate sobre informação em saúde e governança evidenciou que a invisibilidade estatística da população quilombola permanece como obstáculo para consolidação das políticas de equidade no SUS. A ausência de dados qualificados compromete diagnósticos situacionais, definição de prioridades e monitoramento das ações em saúde.

Com esse panorama, a qualificação dos sistemas de informação foi ponderada na forma de ferramenta estratégica para fortalecimento da gestão baseada em evidências e enfrentamento das desigualdades raciais em saúde[9]. Destacando-se a necessidade de ampliar os processos de territorialização, identificação étnico-racial e integração das informações dos diferentes níveis de gestão do SUS.

Concomitantemente, distinto aspecto relevante refere-se ao fortalecimento da governança participativa da saúde quilombola. O encontro demonstrou a potencialidade dos espaços coletivos de diálogo, sendo instrumentos de articulação interinstitucional, troca de experiências e construção compartilhada de estratégias entre gestão pública, movimento quilombola, instituições de ensino e controle social.

Eixo 4: Saúde e saberes tradicionais dos quilombos

A participação dialogada desenvolvida neste eixo reafirmou a necessária valorização e o reconhecimento dos saberes tradicionais na dimensão de componentes fundamentais da produção do cuidado e da organização da vida nos territórios quilombolas. Os relatos deram relevo às práticas associadas ao uso de plantas medicinais, rezas, banhos e partejamento tradicional que permanecem exercendo papel importante na promoção da saúde e no fortalecimento dos vínculos comunitários.

Historicamente marginalizados pelos modelos biomédicos hegemônicos, os saberes tradicionais foram legitimados no âmbito de

patrimônio cultural e expressão validada das formas quilombolas de compreender o cuidado e a saúde[10]. Nesse intuito, os debates enfatizaram a necessidade de estratégias éticas e culturalmente sensíveis de integração entre os serviços formais de saúde e os conhecimentos ancestrais presentes nos territórios.

Parteiras, benzedeiras, rezadeiras, raizeiros e demais detentores de saberes tradicionais indicados na esfera de importantes agentes de cuidado comunitário, notadamente em territórios marcados por dificuldades de acesso aos serviços especializados. O diálogo intercultural entre saber técnico e saber ancestral foi elencado enquanto desafio para consolidação de práticas de saúde mais democráticas e culturalmente adequadas[7].

O processo evidenciou a necessidade de fortalecimento das políticas públicas direcionadas às comunidades quilombolas[10], especialmente no que se refere à qualificação da atenção à saúde, à valorização dos saberes tradicionais e ao enfrentamento do racismo institucional[11].

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Almeida SL. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
3. Gomes WS, Gurgel IGD, Fernandes SL. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/ Brasil . Saúde e Sociedade, 2021;30:e190624. doi:10.1590/S0104-12902021190624.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
5. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Determinantes sociais e ambientais da saúde. Brasília: OPAS; 2022.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 2009 maio 14.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Coleta de Dados Simplificada (CDS). Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
10. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.
11. Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. Brasília: ABPN; 2012.

TRIAGEM DIGITAL DE DISFAGIA NA FASE AGUDA DO AVC: EXPERIÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO CONDUZIDA POR ENFERMEIROS EM UNIDADE REGIONAL DO SERTÃO DE PERNAMBUCO

Américo Danúzio Pereira de Oliveira
Deise Mayara Lima Martins
Isabella Bezerra Ramos
Jayna Epaminondas Rodrigues
Mauriciana Pereira Ferreira

Hospital Governador Eduardo Campos, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap26

RESUMO

A disfagia é complicação frequente após acidente vascular cerebral (AVC), associada a pneumonia aspirativa, desnutrição e aumento da mortalidade[1]. Diretrizes recomendam avaliação da deglutição nas primeiras 24 horas por profissional treinado, mantendo o paciente em Nil Per Os até a conclusão da triagem[2,3]. Este relato descreve a implementação, entre 2023 e 2025, de uma ferramenta digital de triagem de disfagia (Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA — ASSIST) aplicada por enfermeiros em unidade regional do Sertão de Pernambuco, e avalia seu impacto na segurança do paciente e na organização do cuidado. A intervenção incluiu adaptação do instrumento ao fluxo local, capacitação de enfermeiros, integração multiprofissional e registro em plataforma Registry

for Stroke Quality (RES-Q). Após implementação observou-se aumento da cobertura de triagem (0% em 2023; 99% em 2024; 100% em 2025) e redução do tempo até intervenções nutricionais e encaminhamento fonoaudiológico. A experiência evidenciou viabilidade operacional, melhora na comunicação multiprofissional e contribuição para a segurança clínica. Recomenda-se manutenção da capacitação e monitoramento contínuo de indicadores e desfechos clínicos.

Palavras-chave: Disfagia, Acidente Vascular Cerebral, Triagem, Tecnologia em saúde, Segurança do paciente

INTRODUÇÃO

A disfagia pós-AVC é prevalente e está associada a complicações que aumentam morbidade e mortalidade, como pneumonia por aspiração e desnutrição[1] Diretrizes internacionais e revisões sistemáticas recomendam triagem precoce da deglutição nas primeiras 24 horas por profissional treinado, com manutenção de Nil Per Os até avaliação completa[2,3]. Ferramentas validadas de triagem, quando integradas a fluxos assistenciais e registradas em plataformas de qualidade, favorecem identificação precoce de risco e encaminhamento oportuno para fonoaudiologia e nutrição[4,5]. No contexto do Sertão de Pernambuco, limitações de recursos e rotinas assistenciais fragmentadas dificultavam a triagem sistemática, motivando a adoção de solução digital conduzida por enfermeiros para padronizar e monitorar o processo.

METODOLOGIA

Relato de experiência com abordagem descritiva e análise de indicadores antes e após implementação. A intervenção ocorreu entre janeiro de 2024 e dezembro de 2025 e envolveu:

1. Seleção da ferramenta: adoção do instrumento ASSIST, adaptado para uso digital conforme procedimento clínico[6].

2. Adaptação ao fluxo local: integração do formulário digital ao prontuário e à plataforma RES-Q para registro e monitoramento[7].
3. Capacitação: curso prático para enfermeiros sobre triagem de disfagia, sinais de risco, condutas iniciais e uso da ferramenta digital.
4. Fluxo assistencial: triagem nas primeiras 24 horas; Nil Per Os até avaliação; notificação imediata ao fonoaudiólogo e nutricionista quando sinal de risco.
5. Monitoramento: coleta de indicadores anuais (cobertura de triagem, tempo até intervenção nutricional, encaminhamento fonoaudiológico, eventos de pneumonia por aspiração) entre 2023 (pré-implementação) e 2025 (pós-implementação).
6. Análise: comparação descritiva dos indicadores e relato qualitativo sobre aceitabilidade e barreiras.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cobertura da triagem (RES-Q): 2023 — 0% (nenhum registro); 2024 — 99%; 2025 — 100%; 2026 (parcial) — manutenção de cobertura elevada. Tempo até intervenção nutricional: redução média observada após implementação. Eventos adversos: tendência à redução de episódios de pneumonia por aspiração relatados, embora análise estatística formal não tenha sido realizada neste relato.

A aceitação pelos enfermeiros foi alta. A ferramenta digital facilitou documentação padronizada, comunicação com a equipe multiprofissional e geração de indicadores para gestão. Barreiras iniciais incluíram necessidade de treinamento contínuo e ajustes no fluxo de trabalho para garantir triagem em turnos noturnos.

DISCUSSÃO

A implementação de triagem digital conduzida por enfermeiros demonstrou viabilidade e impacto positivo na cobertura e na organização do cuidado ao paciente com AVC em contexto

regional. Resultados concordam com literatura que aponta para ganhos em segurança do paciente quando triagens padronizadas são integradas a fluxos assistenciais e registradas em plataformas de qualidade[4,5,8]. A capacitação de enfermeiros ampliou a capacidade local de identificação precoce de risco, reduzindo dependência exclusiva de fonoaudiologia para triagem inicial e acelerando intervenções nutricionais. A redução observada em eventos de pneumonia por aspiração é promissora, embora exija análise longitudinal e controle de variáveis.

Desafios incluíram manutenção da capacitação frente à rotatividade de pessoal e necessidade de monitoramento contínuo dos indicadores para sustentar ganhos. A experiência reforça que tecnologias digitais simples, quando aliadas a protocolos claros e governança local, podem promover melhorias significativas em contextos com recursos limitados[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triagem digital padronizada de disfagia, aplicada por enfermeiros e integrada ao fluxo assistencial, qualificou o cuidado ao paciente com AVC na unidade regional do Sertão de Pernambuco, ampliando cobertura, agilizando encaminhamentos e contribuindo para maior segurança clínica. Recomenda-se: (1) institucionalizar a rotina com capacitação contínua; (2) ampliar monitoramento de desfechos; (3) avaliar custo-efetividade e replicabilidade em outras unidades regionais.

REFERÊNCIAS

1. Labeit B, Michou E, Hamdy S, Trapl-Grundschober M, Suntrup-Krueger S, Muhle P, et al. The assessment of dysphagia after stroke: state of the art and future directions. Lancet Neurol. 2023;22(9):858-870. doi:10.1016/S1474-4422(23)00153-9.

2. Speyer R, Cordier R, Farneti D, Nascimento W, Pilz W, Verin E, et al. White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. Dysphagia. 2022;37(2):333-349. doi: 10.1007/s00455-021-10283-7.

3. World Stroke Organization. Global stroke guidelines and action plan [Internet]. Geneva: World Stroke Organization; 2022 [citado 2026 ago 11]. Disponível em: https://www.world-stroke.org

4. Jiang Y, Chi Y, Pan R, Zhang D, Huang S, Ju H, et al. Advancing stroke patient care: a network meta-analysis of dysphagia screening efficacy and personalization. Front Neurol. 2024;15:1369476. doi: 10.3389/fneur.2024.1380287.

5. Kampman MT, Eltoft A, Karaliute M, Børvik MT, Nilssen H, Rasmussen I, et al. Full implementation of screening for nutritional risk and dysphagia in an acute stroke unit: a clinical audit. J Prim Care Community Health. 2015;5(4):241-247. doi:10.1177/1941874415588749.

6. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2026 ago 11]. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/344249

7. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2026 ago 11]. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/344249

8. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke. 1999;30(4):744-748. doi:10.1161/01.STR.30.4.744.

9. Labrique AB, Vasudevan L, Kochi E, Fabricant R, Mehl G. mHealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework. Glob Health Sci Pract. 2013;1(2):160-171. doi:10.9745/GHSP-D-13-00031.

27 QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O CUIDADO INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+: EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA VI GERES

Raquel Neposiano da Silva
Ana Cristiane Carvalho Santos
Édio Souza Silva Filho

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap27

RESUMO

A população LGBTQIAPN+ historicamente enfrenta barreiras de acesso, discriminação e invisibilidade nos serviços de saúde, impactando diretamente a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse contexto, a VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (VI GERES) desenvolveu uma proposta de qualificação da Atenção Primária voltada ao acolhimento e cuidado integral da população LGBTQIAPN+. O objetivo deste estudo é relatar a experiência de construção de uma proposta regional de educação permanente para qualificação dos profissionais da Atenção Primária, fortalecimento do acolhimento humanizado e implantação de unidades de referência municipais. Trata-se de um relato de experiência construído a partir da articulação regional entre gestão, educação permanente e políticas de equidade. A pro-

posta foi organizada em três etapas: qualificação inicial dos agentes comunitários de saúde; identificação de unidades de referência para atendimento humanizado; e formação específica por categoria profissional. A iniciativa busca fortalecer o preenchimento adequado do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ampliar o respeito à identidade de gênero e orientação sexual e qualificar os processos de trabalho na rede de atenção. A experiência demonstra potencial de fortalecimento da equidade em saúde, humanização do cuidado e organização regional da Atenção Primária.

Palavras-chave: Equidade, Atenção primária, Educação permanente, SUS

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAPN+ reafirma o compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios da universalidade, integralidade, equidade e respeito à diversidade.[1] Apesar dos avanços normativos, a população LGBTQIAPN+ ainda enfrenta barreiras relacionadas ao preconceito, invisibilidade e dificuldades de acesso aos serviços de saúde[1,2].

Na Atenção Primária à Saúde (APS), persistem fragilidades relacionadas ao acolhimento, uso do nome social, preenchimento inadequado dos sistemas de informação e ausência de qualificação específica para os profissionais de saúde. Essas dificuldades impactam diretamente o acesso e a qualidade da assistência ofertada[1,3]. Diante desse cenário, a VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (VI GERES) estruturou uma proposta regional de educação permanente voltada à qualificação da APS para o cuidado integral da população LGBTQIAPN+[4,5].

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção de uma proposta regional de qualificação da Atenção Primária à Saúde para atendimento da população LGBTQIAPN+, desenvolvida

na VI GERES, Pernambuco. A proposta foi organizada em três etapas integradas. A primeira consiste na qualificação inicial de agentes comunitários de saúde e equipes da APS sobre diversidade sexual, identidade de gênero, acolhimento humanizado e preenchimento adequado do PEC/e-SUS[1,3].

A segunda etapa prevê identificação e fortalecimento de unidades de saúde comprometidas com atendimento inclusivo, tornando-se referências municipais. A terceira etapa contempla formação específica por categoria profissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipes multiprofissionais[3,5]. As ações foram estruturadas a partir das necessidades identificadas no território regional e das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIAPN+.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A proposta possibilitou o fortalecimento das discussões sobre equidade em saúde e humanização do cuidado na APS regional. O processo de construção evidenciou a necessidade de qualificação permanente das equipes, especialmente quanto ao acolhimento, respeito ao nome social, redução de práticas discriminatórias e melhoria dos registros em saúde[1,3].

A iniciativa também favoreceu a articulação entre gestão, educação permanente e políticas de equidade, fortalecendo o debate sobre organização dos serviços e acesso da população LGBTQIAPN+ à rede de atenção[1,3].

Entre os resultados esperados destacam-se a ampliação do acesso qualificado aos serviços, fortalecimento do vínculo entre usuários e equipes, implantação de unidades de referência municipais e melhoria dos processos de cuidado na APS[3,4].

DISCUSSÃO

A experiência evidencia a importância da educação permanente como estratégia de transformação das práticas em saúde e fortalecimento da equidade no SUS[5,6]. A qualificação das equipes

da APS contribui para redução de barreiras institucionais e promoção do cuidado humanizado à população LGBTQIAPN+[4,7].

Além disso, a organização de unidades de referência e formação específica por categoria profissional fortalece a regionalização do cuidado e amplia a capacidade de resposta dos serviços de saúde às demandas da população[8]. Entre os desafios identificados destacam-se a necessidade de continuidade das ações formativas, sensibilização permanente das equipes e fortalecimento institucional das políticas de equidade nos municípios[9,10.]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta regional de qualificação da Atenção Primária para o cuidado integral da população LGBTQIAPN+ representa uma importante estratégia de fortalecimento da equidade, humanização e Educação Permanente no SUS.

A experiência demonstra potencial de replicabilidade em outros territórios e contribui para construção de práticas de cuidado mais inclusivas, respeitosas e alinhadas aos princípios do SUS. Portanto, recomenda-se a continuidade das ações formativas, para o fortalecimento das redes de cuidado e ampliação das políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 13 mai. 2026.
2. Organização Mundial da Saúde. Determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS; 2010.Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489. Acesso em: 13 mai. 2026.
3. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde - Portaria nº 2.436/2017. Acesso em: 13 mai. 2026.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 12 mai. 2026.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 12 mai. 2026.

6. Ceccim, RB. Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.

7. Freire, P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

8. Chaves, LA. Andrade, EIG. Santos, AF. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 6, 2024.

9. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. Educação permanente em saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. Disponível em:http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca -digital

10. Pinheiro, GEW. Azambuja, MS. Bonamigo, AW. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. Saúde em Debate, 2023.

28 VER-SUS E A FORMAÇÃO CRÍTICA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA INTERIORIZAÇÃO DO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Giovanna Maria Vasconcelos Dias Moura

Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap28

RESUMO

O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) constitui importante estratégia de formação em saúde, favorecendo a aproximação entre viventes, serviços e territórios e estimulando reflexões críticas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada durante o VER-SUS nos municípios de Vitória de Santo Antão, Limoeiro e Camaragibe. Trata-se de um relato de experiência descritivo e reflexivo, elaborado a partir das vivências realizadas entre 22 e 28 de março de 2026, com participação de estudantes e profissionais residentes de diferentes áreas da saúde. A programação incluiu visitas à Atenção Primária à Saúde, serviços especializados, espaços de gestão regional e atividades coletivas voltadas à discussão da integralidade, regionalização, equidade e organização das redes de atenção. As vivências possibilitaram

compreender desafios e potencialidades dos territórios, além de fortalecer reflexões sobre atuação multiprofissional, interiorização da formação em saúde e articulação entre gestão, serviços e comunidade. Conclui-se que o VER-SUS constitui importante ferramenta de formação crítica, contribuindo para a construção de profissionais comprometidos com os princípios do SUS e com as necessidades da população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Formação em saúde, Educação interprofissional, Saúde coletiva, Atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO

A formação em saúde envolve não apenas a aquisição de conhecimentos técnicos, mas também a construção de práticas comprometidas com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as necessidades da população. Nesse contexto, estratégias que aproximam os sujeitos da realidade dos serviços e territórios são fundamentais para uma formação crítica e humanizada[1].

Entre essas estratégias, destaca-se o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), iniciativa que promove a integração entre ensino, serviço e comunidade por meio da inserção dos viventes em diferentes cenários da rede pública de saúde[2]. Ao proporcionar contato direto com trabalhadores, gestores, usuários e serviços, o projeto favorece a compreensão dos processos de trabalho em saúde e reflexões sobre a organização do sistema e os desafios da atenção à saúde.

Experiências de inserção nos serviços e territórios têm demonstrado potencial para fortalecer a formação em saúde ao aproximar os participantes das necessidades da população e dos contextos nos quais o cuidado é produzido[3]. Essa aproximação permite compreender que os processos de saúde e doença são influenciados por fatores sociais, econômicos, culturais e territoriais.

Além disso, o VER-SUS contribui para o desenvolvimento de uma visão ampliada sobre o SUS enquanto política pública

construída historicamente para garantir o direito à saúde, marcada por avanços e desafios[4]. Nesse sentido, vivências em diferentes territórios favorecem reflexões sobre integralidade, equidade, regionalização e organização das redes de atenção à saúde.

Dessa forma, as experiências desenvolvidas nos municípios de Vitória de Santo Antão, Limoeiro e Camaragibe possibilitaram conhecer diferentes realidades do SUS e ampliar a compreensão sobre a organização dos serviços e dos processos de cuidado. Assim, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada durante o VER-SUS, destacando suas contribuições para a formação crítica em saúde e para a compreensão de diferentes realidades territoriais.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo e reflexivo, elaborado a partir da participação no VER-SUS, realizado entre os dias 22 e 28 de março de 2026. As atividades ocorreram nos municípios de Vitória de Santo Antão, Limoeiro e Camaragibe, no estado de Pernambuco. Participaram da experiência estudantes e profissionais residentes de diversas áreas da saúde, inseridos no projeto na condição de viventes.

A programação incluiu visitas a serviços da Atenção Primária à Saúde, equipamentos especializados, espaços de gestão regional e atividades coletivas voltadas à reflexão crítica sobre o SUS. Ao longo da vivência, foram realizadas rodas de conversa, debates e visitas territoriais acompanhadas por profissionais dos serviços, possibilitando observar processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes e compreender aspectos relacionados às condições de vida da população e às especificidades dos territórios visitados.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A vivência no VER-SUS possibilitou contato direto com diferentes realidades do SUS, favorecendo compreensão ampliada acerca da organização do cuidado, funcionamento das redes de atenção

e desafios presentes nos territórios. Os espaços coletivos favoreceram a integração entre os viventes e trocas de conhecimentos entre estudantes e profissionais residentes de diferentes áreas da saúde.

As visitas aos serviços da Atenção Primária à Saúde possibilitaram observar o funcionamento das equipes nos territórios, especialmente no acompanhamento das demandas da população e na construção do vínculo com os usuários. A experiência no Centro Especializado de Atendimento Multidisciplinar, em Vitória de Santo Antão, favoreceu reflexões acerca da atuação multiprofissional no cuidado integral de crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento.

As vivências em Vitória de Santo Antão e Limoeiro também contribuíram para reflexões relacionadas à interiorização da formação em saúde e aos desafios presentes em municípios do interior. Em contrapartida, as experiências em Camaragibe possibilitaram compreender questões relacionadas à dinâmica metropolitana.

Outro momento significativo ocorreu durante a visita ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), em Limoeiro. A escuta das experiências dos usuários favoreceu reflexões acerca do acolhimento, do cuidado em liberdade e da humanização nas práticas de saúde mental. Além disso, as rodas de conversa e debates fortaleceram discussões relacionadas à equidade, participação social e fortalecimento do SUS.

DISCUSSÃO

A experiência vivenciada no VER-SUS evidenciou o potencial das estratégias de integração entre ensino, serviço e comunidade para a formação de profissionais comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao inserir os viventes em diferentes cenários da rede pública, a experiência possibilitou compreender como os processos de cuidado são produzidos no cotidiano dos serviços e influenciados pelas características dos territórios, aproximando-se da concepção do quadrilátero da formação em saúde[1].

A aproximação com trabalhadores, gestores e usuários favoreceu uma compreensão ampliada dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde, que ultrapassam questões estritamente assistenciais e envolvem aspectos relacionados à gestão, à organização dos serviços e às desigualdades sociais presentes nos territórios[2]. Além disso, a inserção nos serviços permitiu aproximar teoria e prática, fortalecendo a compreensão dos determinantes sociais da saúde e das necessidades concretas da população[3].

As observações realizadas ao longo da vivência também reforçaram a compreensão do SUS como uma construção histórica marcada por avanços e desafios permanentes para garantia da universalidade, integralidade e equidade[4]. Nesse contexto, as experiências desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde evidenciaram seu papel estratégico na coordenação do cuidado e na organização das redes de atenção, demonstrando a importância do vínculo, do acompanhamento contínuo e do conhecimento do território para a efetivação do cuidado integral[5].

Paralelamente, a observação das práticas desenvolvidas pelos profissionais permitiu compreender que o cuidado em saúde é construído não apenas por procedimentos técnicos, mas também por meio das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, envolvendo acolhimento, escuta qualificada e responsabilização compartilhada[6]. Da mesma forma, a convivência entre estudantes e profissionais residentes de diferentes áreas evidenciou a importância da colaboração entre diferentes saberes para construção de respostas mais integrais às necessidades de saúde da população[7].

As diferenças observadas entre os municípios visitados permitiram compreender como as características territoriais influenciam diretamente a organização dos serviços e das redes de atenção à saúde, reforçando a importância da regionalização na construção de respostas compatíveis com as necessidades locais[8]. Além disso, a visita ao CAPS AD ampliou a compreensão acerca do cuidado em liberdade e da relevância dos serviços comunitários na atenção às pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas[9].

Por fim, os espaços coletivos de diálogo e reflexão desenvolvidos durante a vivência estimularam a problematização da realidade observada e a construção compartilhada do conhecimento, aproximando-se da concepção freireana de educação crítica e emancipadora[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência no VER-SUS constituiu experiência significativa para formação em saúde, possibilitando aproximação com diferentes realidades do SUS e fortalecimento da compreensão sobre os processos de cuidado desenvolvidos nos territórios. As atividades realizadas favoreceram reflexões acerca da integralidade do cuidado, regionalização, educação interprofissional e organização das redes de atenção à saúde.

O contato direto com usuários, trabalhadores, gestores e serviços especializados possibilitou a construção de um olhar mais crítico e humanizado sobre a saúde pública, destacando a importância do vínculo, da escuta e da atuação multiprofissional nos processos de cuidado. Portanto, o VER-SUS representa importante espaço de formação crítica e coletiva, contribuindo para fortalecimento do SUS e para construção de práticas profissionais mais humanizadas, integrais e territorializadas.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social [Internet]. Physis. 2004;14(1):41-65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2026 Maio 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf
3. Oliveira ALO, Melo LP, Pinto TR, Azevedo GD, Santos M, Câmara RBG da, et al.. Vivência integrada na comunidade: inserção longitudinal no Sistema de Saúde como estratégia de formação médica. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 ;21:1355–66. doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0533

4. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018;23(6):1723–8. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018

5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2026 maio 20]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view

6. Franco TB, Elias Merhy E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. TEMPUS [Internet]. 2012;6(2):151-163. doi: 10.18569/tempus.v6i2.1120

7. Peduzzi M, Agreli HLF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Interface (Botucatu). 2018;22(Supl 2):1525-34. doi: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827

8. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017;22(4):1281–9. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016

9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2026 maio 20]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

10. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa [Internet]. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002 [citado 2026 maio 20]. Disponível em: https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf.

29 CONSOLIDAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR DE PERNAMBUCO E SUA CONTRIBUIÇÃO À SAÚDE PÚBLICA

Gisele Almeida de Noronha
Rayane Souza de Andrade Azevedo
Maria Auxiliadora Vieira Caldas Sivini
Betizaide Gomes da Rocha
Bárbara Morgana da Silva

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap29

RESUMO

A Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) constitui estratégia essencial para a detecção oportuna, investigação e resposta a eventos de importância em saúde pública, especialmente no ambiente hospitalar, onde se concentram casos graves e complexos. Este estudo tem como objetivo descrever a consolidação da Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (Reveh-PE) e sua contribuição para a vigilância em saúde. Trata-se de um relato de experiência sobre a trajetória e organização da VEH no estado, iniciada em 1995 e progressivamente estruturada com a institucionalização de coordenações específicas e integração à Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh), a partir de 2021. Atualmente, a Reveh-PE é composta por

31 hospitais, sendo 25 habilitados na Renaveh, atuando de forma articulada com diferentes instâncias da vigilância em saúde. As ações desenvolvidas incluem captação ativa de casos, notificação oportuna, investigação epidemiológica, monitoramento e resposta a doenças e agravos, com fluxos bem definidos e integração entre serviços hospitalares nos níveis municipal, regional, estadual e nacional. Destacam-se ainda atividades de coordenação, como apoio técnico, monitoramento de indicadores, qualificação de processos, educação permanente e produção de informações estratégicas. Os resultados evidenciam o fortalecimento da VEH como rede estruturada, com ampliação da sensibilidade e oportunidade na detecção de eventos, qualificação da informação e suporte à tomada de decisão. A experiência acumulada ao longo de três décadas demonstra o papel estratégico da Reveh-PE na preparação e resposta às emergências em saúde pública, contribuindo para a proteção da saúde coletiva e o aprimoramento das ações de vigilância no estado.

Palavras-chave: Serviços de vigilância epidemiológica, Capacidade de resposta ante emergências, Vigilância em saúde pública, Monitoramento Epidemiológico, Avaliação em saúde

INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica Hospitalar[1] (VEH) é uma estratégia essencial para a saúde pública, capaz de captar e analisar sinais de alerta em situações que podem representar Emergências em Saúde Pública, como surtos, eventos inusitados e doenças de notificação compulsória imediata. No ambiente hospitalar, onde se concentram casos graves e complexos, a VEH exerce papel estratégico na identificação precoce de eventos, na investigação epidemiológica e na produção de informações qualificadas que subsidiam intervenções oportunas.

Relatos globais[2,3] apontam que a inserção da vigilância epidemiológica em hospitais contribui diretamente para o enfrenta-

mento de emergências em saúde pública, com impacto na redução da morbimortalidade. A VEH assume relevância não apenas pela notificação e análise de dados, mas também por possibilitar a formulação de estratégias de intervenção que fortalecem a gestão da saúde pública. Sua atuação permite dimensionar a magnitude dos eventos, propor respostas educativas, clínicas, epidemiológicas e sanitárias, além de disseminar informações para apoiar a tomada de decisão.

Em Pernambuco, no ano de 1995, a partir da cessão de técnicos da Secretaria Estadual de Saúde para quatro hospitais de referência, a estratégia de VEH foi iniciada de forma embrionária[4]. Desde então, a VEH em Pernambuco vem ampliando a capacidade de monitoramento, investigação e disseminação oportuna da informação.

Este é um relato de experiência que tem como objetivo descrever as ações desenvolvidas e a importância da VEH em Pernambuco, enfatizando o aprimoramento da vigilância em saúde e a proteção da coletividade, evidenciando sua contribuição para preparação, vigilância e resposta às emergências em saúde pública.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo sobre o processo de consolidação da Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco (Reveh-PE)[4] e sua contribuição para a vigilância em saúde. O estudo foi desenvolvido a partir da sistematização das experiências da Coordenação Estadual da Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, considerando a trajetória histórica da estratégia no estado entre 1995 e 2025.

As informações foram obtidas por meio da análise de documentos normativos federais e estaduais, relatórios técnicos, instrumentos operacionais, informes institucionais e registros administrativos produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Também foram considerados documentos relacionados

à implantação e ao fortalecimento da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh)[5].

A descrição da experiência contempla a evolução histórica da rede, sua estrutura organizacional, os fluxos operacionais da VEH e as principais ações desenvolvidas pela coordenação estadual.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em 2025, a estratégia de VEH em Pernambuco completou 30 anos. A trajetória desse componente estratégico da vigilância em saúde no estado teve início em 1995, sendo posteriormente consolidada com a Coordenação Estadual dos Núcleos de Epidemiologia em 2001. Em 2008, com a criação da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, a Coordenação Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar foi instituída formalmente, marcando um avanço na organização e fortalecimento dessa área, normatizando assim, a Reveh-PE[4].

Em 2021, o Ministério da Saúde instituiu a Renaveh, por meio da Portaria GM/MS nº 1.694[5], fortalecendo detecção oportuna, preparação e resposta imediata às potenciais Emergências em Saúde Pública no âmbito hospitalar. A implementação da Renaveh representa um marco estruturante na vigilância epidemiológica hospitalar em rede, promovendo ações articuladas entre as três esferas de governo e integrando os núcleos de VEH como unidades sentinelas estratégicas para monitoramento contínuo e cooperação interinstitucional[6].

Em 2023, a estrutura administrativa foi atualizada com a criação da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, reafirmando a integração da VEH com outras instâncias da vigilância em saúde. Atualmente, a Coordenação da Rede de VEH integra a Gerência de Informações Estratégicas da Diretoria Geral de Informação e Vigilância Epidemiológica, desempenhando papel articulador junto aos núcleos de VEH em 31 hospitais estaduais, dos quais 25 estão habilitados na Renaveh (Tabela 1).

Tabela 1. Unidades de Saúde que compõem a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Pernambuco, Reveh-PE

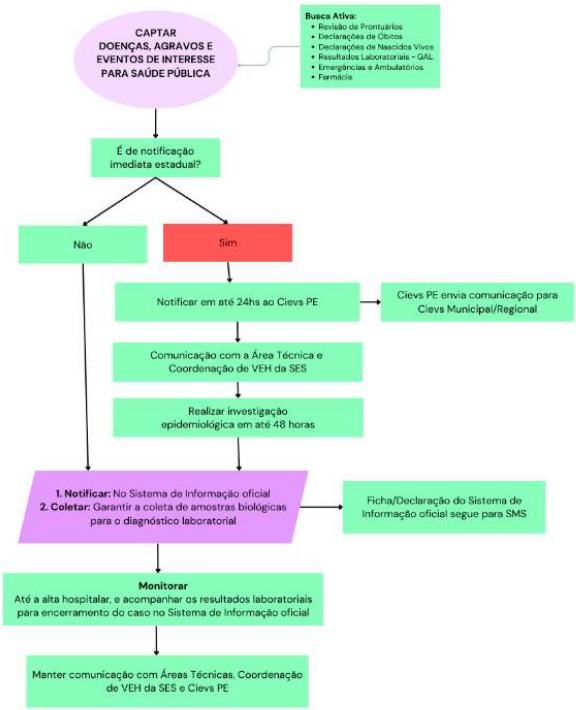
Unidade de Saúde	Geres	Município
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros	I	Recife
Hospital Agamenon Magalhães	I	Recife
Hospital Barão de Lucena	I	Recife
Hospital Correia Picanço	I	Recife
Hospital da Restauração	I	Recife
Hospital das Clínicas	I	Recife
Hospital dos Servidores do Estado	I	Recife
Hospital Geral de Areias	I	Recife
Hospital Getúlio Vargas	I	Recife
Hospital Otávio de Freitas	I	Recife
Hospital Pelópidas Silveira	I	Recife
Hospital Universitário Oswaldo Cruz	I	Recife
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	I	Recife
Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares	I	Recife
Hospital Dom Helder Câmara	I	Cabo de Santo Agostinho
Hospital Jaboatão Prazeres	I	Jaboatão dos Guararapes
Hospital Miguel Arraes	I	Paulista
Hospital João Murilo de Oliveira	I	Vitória de Santo Antão
Hospital Regional de Limoeiro José Fernandes Salsa	II	Limoeiro
Hospital Regional de Palmares Dr. Sílvio Magalhães	III	Palmares
Hospital Regional do Agreste	IV	Caruaru
Hospital Mestre Vitalino	IV	Caruaru
Hospital Regional Dom Moura	V	Garanhuns
Hospital Regional Ruy de Barros Correia	VI	Arcoverde
Hospital Regional Inácio de Sá	VII	Salgueiro
Hospital Dom Malan	VIII	Petrolina
Hospital Regional Fernando Bezerra	IX	Ouricuri
Hospital Regional Emília Câmara	X	Afogados da Ingazeira
Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães	XI	Serra Talhada
Hospital Eduardo Campos	XI	Serra Talhada
Hospital Belarmino Correia	XII	Goiana

Fonte: Elaborado pelos autores.

As VEHs operam de forma articulada com as áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), Gerências Regionais de Saúde (Geres) e o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (Cievs-PE), garantindo respostas articuladas às ameaças à saúde coletiva.

O fluxo de comunicação adotado pelas unidades de VEH é apresentado na Figura 1, contemplando as etapas de detecção, notificação, investigação, monitoramento e resposta às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública.

Figura 1. Fluxograma da Vigilância Epidemiológica Hospitalar nas ações de detecção, notificação, investigação, monitoramento e respostas às doenças, agravos e eventos de interesse à Saúde Pública. Pernambuco, 2025. *GAL: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial; Cievs-PE: Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco; VEH: Vigilância Epidemiológica Hospitalar; SES: Secretaria Estadual de Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; Geres: Gerências Regionais de Saúde.



Fonte: Elaborado pelos autores.

A construção deste fluxograma foi baseada nas práticas operacionais de documentos oficiais da SES-PE[7,8] e orientações da Coordenação da Rede de VEH e de outras Áreas Técnicas da SES-PE. Esses instrumentos normativos orientam as rotinas e definem os canais de comunicação que devem ser utilizados para a notificação de doenças, agravos, surtos e eventos inusitados, especialmente os de notificação imediata.

O processo inicia-se com a captação ativa de informações: revisão de prontuários, análise de declarações de óbito (DO) e de nascidos vivos (DNV), verificação de resultados laboratoriais no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), registros da farmácia hospitalar e observação direta em setores críticos. Identificado um caso suspeito, a VEH avalia se é de notificação compulsória imediata. Se for caracterizado como evento de notificação imediata, a VEH deve comunicar, em até 24h, ao Cievs-PE, pelo portal online e, se necessário, por e-mail e telefone.

Simultaneamente, o caso deve ser notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) ou outro Sistema de Informação oficial específico, garantindo o registro e a coleta de amostras biológicas, quando indicado, para diagnóstico laboratorial e posterior encerramento do caso.

Além da notificação, a investigação epidemiológica deve iniciar-se em até 48 horas, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Geres, Coordenação da Rede de VEH e as Áreas Técnicas da SES-PE. A equipe acompanha o caso até a alta hospitalar, monitora resultados laboratoriais e mantém comunicação ativa, subsidiando ações de controle. O fluxo se encerra com a transferência das informações para os níveis regional e municipal, assegurando integração da rede.

A Coordenação Estadual da Rede de VEH exerce ainda funções de integração e apoio, como a organização de reuniões mensais com a Reveh-PE, participação de webinários semanais da Renaveh e do Ciclo de Estudos da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. Essas ações possibili-

tam troca de experiências, atualização normativa e alinhamento de estratégias.

Outro aspecto relevante é o apoio técnico oferecido para a gestão do recurso financeiro previstos na Portaria GM/MS nº 183/20149, revisando planos de trabalho das VEHs, acompanhando a execução e orientando o uso adequado dos incentivos. A Coordenação também se responsabiliza pelo monitoramento dos indicadores da Renaveh - aperfeiçoamento, representatividade, oportunidade e sensibilidade - com periodicidade mensal, assim como pelo acompanhamento quadrimestral do indicador no sistema PE PlanejaSUS, onde são monitoradas as ações vinculadas ao Plano Estadual de Saúde vigente.

Além disso, há a organização da seleção de estagiários de nível superior de enfermagem para a rede estadual de VEH, abrangendo desde a revisão do edital, análise de currículos e elaboração da prova, até a classificação, convocação, lotação e acolhimento dos aprovados. Por fim, desempenha papel de assessoramento e análise dos informes trimestrais produzidos pelas VEHs, bem como da elaboração e publicação de produtos técnico-científicos estaduais, a exemplo do Informe Anual da Reveh-PE e do relatório "Monitora VEH Pernambuco".

DISCUSSÃO

A experiência da Reveh-PE demonstra o potencial da VEH como componente estratégico para o fortalecimento da vigilância em saúde. A organização de uma rede estruturada, integrada aos diferentes níveis de gestão e articulada com a Renaveh, favorece a detecção precoce de doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública, ampliando a oportunidade das intervenções e a qualidade das informações produzidas como previstas pelo Regulamento Sanitário Internacional (2005)[10].

Estudos[3,6] apontam que os núcleos de VEH exercem papel fundamental na identificação de eventos de relevância epidemiológica, especialmente em situações de emergência sanitária, surtos e

doenças emergentes. A inserção desses núcleos na rotina hospitalar aumenta a sensibilidade da vigilância e fortalece a integração entre assistência e saúde pública, contribuindo para respostas mais oportunas e efetivas.

Nesse contexto, a atuação articulada entre hospitais, vigilâncias municipais, regionais e estaduais possibilita maior capacidade de monitoramento e resposta, além de favorecer a circulação de informações estratégicas para a tomada de decisão.

Outro aspecto relevante refere-se às ações de educação permanente, monitoramento de indicadores e apoio técnico desenvolvidas pela coordenação estadual. Tais iniciativas contribuem para a qualificação dos processos de trabalho, padronização das atividades e fortalecimento da capacidade técnica das equipes, elementos reconhecidos como essenciais para a efetividade das redes de vigilância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados evidenciam o fortalecimento da VEH em Pernambuco como uma rede consolidada, capaz de produzir e analisar informações qualificadas, apoiar a gestão hospitalar e subsidiar intervenções oportunas. A estruturação de rotinas, a padronização de processos e a expansão da capacidade técnica da rede resultaram em maior oportunidade e sensibilidade na detecção de agravos, além de fortalecer a preparação frente a emergências sanitárias. Tais avanços corroboram o papel estratégico da VEH como fonte imprescindível para a compreensão da magnitude de doenças e agravos e para a formulação de respostas eficazes em saúde pública.

Dessa forma, a experiência das três décadas reforça a importância da Reveh-PE como eixo estruturante da vigilância em saúde, capaz de integrar informação, gestão e prática assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e o escopo das atividades dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Diário Oficial da União. 2010 ago 5;150(1):55.
2. Goldmann DA. Contemporary challenges for hospital epidemiology. Am J Med. 1991 Sep 16;91(3B):8S-15S. doi: 10.1016/0002-9343(91)90337-w.
3. Dornelas RF, Sousa ALL. Núcleos Hospitalares de Epidemiologia no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. Rev Epidemiol Control Infect. 2024;14(3):e18950. doi: 10.17058/reci.v14i3.18950.
4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Saúde Pernambuco: reflexões, evidências e experiências da vigilância em saúde. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2019. ISBN: 978-65-80064-06-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.694, de 23 de julho de 2021. Institui a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH). Diário Oficial da União. 2021 jul 26 [citado 2025 set 3]; Seção 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1694_26_07_2021.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de fortalecimento e ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – Renaveh. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
7. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 136, de 18 de abril de 2015. Institui a Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. 2015 abr 18;XCII(72).
8. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Práticas Operacionais - Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde; 2022 nov.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. Diário Oficial da União. 2014 jan 30.

10. World Health Organization. International Health Regulations (2005): as amended in 2014, 2022 and 2024. Geneva: World Health Organization; 2025. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1.

ARTICULAÇÃO ENTRE GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS EM ITAMARACÁ (PE)

Robson Cruz Ramos da Silva[1]
Glebson Costa Alves[2]
Melba Santiago Menezes[1]
Vitor Nascimento Goes[1,3]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap30

RESUMO

O presente relato de experiência descreve a articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e a Secretaria Municipal de Saúde de Itamaracá, a fim de viabilizar a implementação de uma Unidade Básica de Saúde voltada a marisqueiras e pescadores artesanais, no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Essas populações enfrentam condições históricas de vulnerabilidade, marcadas pelo trabalho informal, exposição a riscos ocupacionais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, baseado em dois encontros entre as gestões estadual e municipal. O primeiro ocorreu em uma ação educativa com marisqueiras, abordando saúde ocupacional e fortalecimento do

protagonismo comunitário. O segundo consistiu em uma reunião institucional ampliada, com participação de diferentes atores da gestão, para discutir estratégias de cuidado e viabilização do incentivo federal. Entre os principais desafios, destacam-se as barreiras de acesso relacionadas ao horário de funcionamento das UBS e a elevada demanda por cuidados devido a agravos osteomusculares. A experiência evidencia a importância da articulação entre os diferentes níveis da gestão do SUS para promover equidade e qualificar o cuidado em saúde para Povos e Comunidades Tradicionais.

Palavras-chaves: Atenção primária à saúde, Populações tradicionais, Saúde do trabalhador

INTRODUÇÃO

As marisqueiras e pescadores artesanais são assistidos pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), cuja relevância abrange dimensões sociais, políticas e culturais[1]. Estima-se, por exemplo, que a pesca mobilize cerca de um milhão de trabalhadores no Brasil, sendo uma atividade fundamental para a subsistência de comunidades costeiras[2]. Apesar disso, essas populações permanecem historicamente invisibilizadas nas políticas públicas, enfrentando condições de vulnerabilidade que impactam diretamente nas suas condições de saúde[3].

As condições de vida e trabalho dessas populações são marcadas pelo trabalho informal, instabilidade econômica (associada à sazonalidade da pesca), baixa proteção social e exposição contínua a riscos ambientais e ocupacionais[3,4]. Pesquisas apontam uma elevada prevalência de determinados agravos de saúde nessas populações, como distúrbios osteomusculares, lesões por esforço repetitivo e doenças dermatológicas, decorrentes de jornadas prolongadas, intenso esforço físico e contato com ambientes aquáticos potencialmente contaminados[4-6].

A implantação de serviços de saúde territorializados, como Unidades Básicas de Saúde voltadas a populações específicas, constitui uma importante estratégia para reduzir barreiras de acesso, além de atuar na promoção da equidade no SUS. A sistematização dessas iniciativas é fruto de processos de articulação entre os diferentes níveis de gestão: o nível federal atua por meio da oferta de incentivos financeiros e normativos, o nível estadual atua na coordenação, apoio técnico e mediação e o nível municipal é responsável pela execução das ações e organização do cuidado no território[1,7].

A Portaria GM/MS nº 8.994, de 28 de novembro de 2025, institui um incentivo financeiro de custeio para as equipes de saúde ribeirinhas que atuarão nos territórios, além de estabelecer critérios de habilitação baseados na identificação e vinculação da população ribeirinha nos sistemas de informação em saúde. O repasse dos recursos ocorre de forma regular, sendo feito do Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos municípios abarcados por esse incentivo[8,9].

Assim, o presente relato de experiência descreve o processo de articulação entre a Gestão Estadual e Municipal de saúde, no âmbito da Política de Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais, para viabilização do incentivo federal voltado à atenção à saúde de populações ribeirinhas[1,10].

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, que aborda o processo de articulação entre a Coordenação de Atenção à Saúde de Povos e Comunidades Tradicionais da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e a Secretaria de Saúde de Itamaracá, a fim de iniciar as discussões sobre o incentivo financeiro para a implementação de uma UBS para as populações de marisqueiras e pescadores residentes no município.

Foram realizados dois encontros entre os profissionais da gestão municipal e estadual, no qual discutiu-se acerca dos principais elementos que caracterizam esse processo de trabalho, destacando

ainda os papéis de cada esfera governamental. Foram destacados os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para viabilizar a implantação da UBS. Buscou-se também compreender como essa experiência dialoga com os princípios da equidade, integralidade e territorialização no SUS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência compreendeu dois momentos de articulação entre a CASPCT/SES-PE e parte da gestão municipal de saúde de Itamaracá, além de representantes da comunidade de marisqueiras e pescadores artesanais. O primeiro encontro ocorreu em 23 de abril de 2026, no Centro de Convivência Municipal, com o objetivo de promover ações educativas voltadas à saúde das trabalhadoras da pesca artesanal e aproximar a gestão estadual das demandas do território. Durante a atividade, foram abordados temas relacionados à saúde ocupacional, ergonomia e uso de EPIs.

O encontro também possibilitou a escuta das participantes, que relataram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, condições de trabalho precárias e ocorrência frequente de dores musculoesqueléticas associadas à atividade laboral. A partir desse diálogo, foram identificadas demandas prioritárias relacionadas à saúde do trabalhador e à necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a aproximação entre a gestão e a comunidade de marisqueiras e pescadores do município.

O segundo encontro foi realizado em 12 de maio de 2026, na Secretaria Municipal de Saúde de Itamaracá, reunindo representantes das gestões estadual e municipal para discutir o incentivo financeiro federal destinado às equipes que atuam em territórios ribeirinhos. Foram apresentados os critérios para adesão ao incentivo e debatidos desafios relacionados aos horários de funcionamento das unidades de saúde, ao deslocamento das comunidades e ao fortalecimento das ações de Saúde do Trabalhador.

Como encaminhamentos, pactuou-se a realização de levantamento territorial para identificação das comunidades e de áreas estratégicas para implantação da unidade de saúde, além da continuidade das articulações para viabilização do incentivo federal. Entre os resultados alcançados, destacam-se a inclusão da pauta na agenda da gestão municipal, a sensibilização dos gestores para as especificidades dessas populações e o fortalecimento do planejamento de ações voltadas à ampliação do acesso e à promoção da equidade em saúde.

DISCUSSÃO

A experiência evidenciou a importância da articulação entre a gestão estadual e municipal para o fortalecimento das ações de saúde voltadas às populações tradicionais, especialmente em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A PNSIPCFA reconhece que esses grupos apresentam necessidades específicas relacionadas aos seus modos de vida e processos de trabalho[11].

Os relatos das marisqueiras e pescadores apontaram a ocorrência frequente de dores musculoesqueléticas, achado compatível com estudos que demonstram elevada prevalência de distúrbios osteomusculares entre trabalhadores da pesca artesanal, associados ao esforço físico intenso e aos movimentos repetitivos[12,13]. Nesse contexto, destaca-se a importância da integração entre a Atenção Primária à Saúde e as ações de Saúde do Trabalhador para promoção, prevenção e cuidado integral dessa população.

Além disso, a experiência demonstrou que o apoio institucional da gestão estadual favorece a qualificação do planejamento municipal, fortalece a governança do SUS e amplia as possibilidades de implementação de estratégias voltadas à redução das iniquidades em saúde. Dessa forma, os achados reforçam que a efetivação de políticas direcionadas aos Povos e Comunidades Tradicionais depende da articulação entre gestão, território e participação social, visando à promoção da equidade e do acesso à saúde[11,14].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência evidenciou a importância da articulação entre as gestões estadual e municipal para o fortalecimento das ações voltadas às populações de marisqueiras e pescadores artesanais e entre os principais aprendizados, destacam-se a escuta das comunidades e a territorialização como elementos fundamentais para o planejamento das ações de saúde.

Como potencialidades, observou-se o fortalecimento do diálogo entre os diferentes níveis de gestão e a possibilidade de ampliação do acesso aos serviços por meio dos incentivos federais e entre os desafios, destacam-se as barreiras de acesso aos serviços e a necessidade de fortalecimento das ações de saúde do trabalhador. Como perspectiva, ressalta-se a continuidade das articulações institucionais e o avanço das discussões para implantação da UBS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Pesca e Aquicultura. Boletim estatístico da pesca e aquicultura no Brasil. Brasília: Ministério da Pesca e Aquicultura; 2013.
3. Freitas MB, Rodrigues SCA. Determinantes sociais da saúde no processo de trabalho da pesca artesanal. Saúde Soc. 2015;24(3):753-64.
4. Conceição LCA, Martins CM, Araújo JG, Rebello FK, Santos MAS. A pesca artesanal e os agravos à saúde do pescador no Brasil. Rev Sustinere. 2021;9(1):e27201.
5. Lopes IBS, Bezerra MGV, Silva LRC, Andrade NSM, Carneiro FF, Pessoa VM. Saúde das trabalhadoras da pesca artesanal: cenários desconhecidos do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Ocup. 2021;46:e14.
6. Rêgo RF, Müller JS, Falcão IR, Silva C, Viana WS, Lima VMC. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em pescadoras artesanais/marisqueiras no Brasil. Rev Ciênc Méd Biol. 2023;22(2):197-205.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.572, de 22 de dezembro de 2025. Institui incentivo financeiro de custeio para equipes de Saúde da Família que atuam em territórios quilombolas. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 3/2026-SAPS/MS: orientações para operacionalização do incentivo financeiro de custeio às equipes de Saúde da Família em territórios quilombolas instituído pela Portaria GM/MS nº 9.572/2025. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.

10. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Ministério da Saúde institui incentivo financeiro extra para equipes de Saúde da Família em territórios quilombolas. Brasília: CONASEMS; 2026.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

12. Lopes IBS, Bezerra MGV, Silva LRC, Andrade NSM, Carneiro FF, Pessoa VM. Saúde das trabalhadoras da pesca artesanal: cenários desconhecidos do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Ocup. 2021;46:e14.

13. Rêgo RF, Müller JS, Falcão IR, Silva C, Viana WS, Lima VMC. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em pescadoras artesanais/marisqueiras no Brasil. Rev Ciênc Méd Biol. 2023;22(2):197-205.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

31 EDUCAÇÃO PARA A VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS DA OPERAÇÃO LEI SECA EM PERNAMBUCO

Jackeline Maria Tavares Diniz
Zilda do Rego Cavalcanti

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap31

RESUMO

Diante do cenário global e nacional de elevada morbimortalidade no trânsito com destaque para o perfil crítico de homens jovens e motociclistas sob o efeito de álcool, o estudo valida a necessidade de intervenções que superem o caráter estritamente punitivo. Este capítulo analisa as ações educativas desenvolvidas pelo Projeto Operação Lei Seca, integrando-as ao campo da saúde pública e da Política Nacional de Promoção da Saúde. Este estudo objetiva analisar a experiência educativa da Operação Lei Seca de Pernambuco como prática de promoção da saúde e prevenção de sinistros de trânsito, com foco em sua metodologia, alcance e potência pedagógica. Estudo do tipo relato de experiência descritivo e analítico. O estudo detalha a alta capilaridade das ações educativas, que realizou 377 atividades e impactou 48.761 pessoas em 2025, priorizando o ambiente

escolar. A eficácia pedagógica da OLS-PE fundamenta-se em três eixos metodológicos: I- Orientações normativas; II- Narrativa biográfica; III- Simulação sensorial. As ações produziram vasta adesão e diversificação, onde a associação entre fiscalização rigorosa e educação participativa potencializa a percepção de risco e sustenta mudanças comportamentais de longo prazo. Ao protagonizar as vítimas como agentes educacionais e promover a interação dialógica, a experiência de Pernambuco consolida-se como um modelo intersetorial robusto, essencial para a construção de uma cultura de paz e responsabilidade coletiva nas vias.

Palavras-chaves: Promoção da saúde, Educação em saúde, Educação no trânsito, Vítimas de trânsito

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde informa que as mortes no trânsito alcançaram 1,19 milhão por ano, e o desafio global segue sendo reduzir em 50% os óbitos e lesões até 2030, no contexto da Década de Ação pela Segurança no Trânsito. No Brasil, os dados mais recentes divulgados em parceria com a Organização Pan-Americana da saúde (OPAS) apontam 33.894 mortes por sinistros de trânsito em 2022, evidenciando a magnitude do problema e a necessidade de respostas intersetoriais e contínuas[1-3].

A morbimortalidade por sinistros de trânsito permanece entre os principais problemas de saúde pública contemporâneos, especialmente pela sua concentração em adolescentes, adultos jovens e usuários vulneráveis das vias, como motociclistas, ciclistas e pedestres[1,4-6]. Em uma perspectiva de promoção da saúde, a segurança viária não se limita à redução de infrações ou à punição de condutas de risco; trata-se de uma agenda que exige intervenções integradas, sustentadas por educação, regulação, fiscalização, planejamento e responsabilização social[1,7]. Nessa direção, a literatura recente reforça que ações preventivas

combinadas tendem a produzir melhores resultados do que intervenções isoladas, sobretudo quando dirigidas a populações jovens e a contextos de maior exposição ao risco[5,6,8].

As estratégias de promoção da saúde no trânsito tornam-se ainda mais relevantes diante da persistência de comportamentos como dirigir após consumo de álcool, excesso de velocidade e uso inadequado de motocicletas, fatores frequentemente associados a desfechos graves e fatais[4,9]. Corroborando essa perspectiva o estudo realizado por Luna[10] em Recife-PE, constatou elevada prevalência de substâncias psicoativas entre vítimas fatais de sinistros de trânsito em Recife, com predomínio do álcool em níveis muito acima do permitido pela legislação. O perfil identificado no estudo foram homens jovens, motociclistas, em período noturno, e conclui que estes achados fornecem subsídios para o direcionamento de políticas públicas de prevenção e fiscalização mais efetivas[10].

Acidentes automobilísticos apresentam uma correlação muito forte com o consumo de bebidas alcoólicas. Quanto maior o consumo alcoólico, maior o índice de acidentes automobilísticos e, consequentemente, maiores as perdas humanas e financeiras. Por isso a importância da divulgação e explicação das regras e consequências da lei em meios de comunicação diversos, através de campanhas educativas e da fiscalização eficiente e rígida. Essa política de prevenção influencia positivamente a consolidação da lei entre a população, além de modificar o hábito presente em alguns motoristas de dirigir sob o efeito de bebidas alcoólicas[11,12].

Estudos de revisão evidenciam que programas educativos e comportamentais podem reduzir lesões relacionadas aos sinistros de trânsito entre adolescentes e jovens, principalmente quando associados a abordagens multifacetadas e ações continuadas no território. Do mesmo modo, intervenções voltadas ao desenvolvimento da percepção de risco mostram efeitos positivos em diferentes grupos de usuários da via, com ganhos mais

consistentes quando a aprendizagem é ativa e participativa[6,13,14].

No Brasil, a segurança viária vem sendo incorporada progressivamente à agenda da saúde pública[4,9], não apenas pela magnitude das mortes e incapacidades, mas também pelo impacto econômico e assistencial sobre os serviços de urgência, reabilitação e atenção especializada[15]. Em Pernambuco, o Projeto Operação Lei Seca (OLS)[16], foi institucionalizado pela Lei Estadual de 2011, atuando na vanguarda da Vigilância em Saúde. Segundo Bacchieri e Barros, a eficácia de intervenções no trânsito depende da combinação de fiscalização rigorosa e estratégias educativas contínuas[1,2,17,18]. Diferente de modelos estritamente punitivos, a OLS-PE adota uma perspectiva de promoção à saúde, buscando alterar comportamentos de risco através da sensibilização direta da população.

Experiências como o Projeto Operação Lei Seca[16] se inserem nesse cenário como dispositivos de promoção da saúde, articulando educação, fiscalização e mobilização social para produzir mudanças de comportamento e ampliar a consciência coletiva sobre responsabilidade no trânsito.

Assim, este capítulo analisa a experiência educativa do Projeto Operação Lei Seca de Pernambuco como prática de promoção da saúde e prevenção de sinistros de trânsito, com foco em sua metodologia, alcance e potência pedagógica.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva e analítica, do tipo relato de experiência, desenvolvida a partir das ações educativas institucionais realizadas pelo Projeto Operação Lei Secas em Pernambuco (OLS-PE)[16]. As ações são organizadas antecipadamente através de um ponto focal na gestão da OLS, existe um planejamento mensal organizado por dia planilha de Excel. Após articulação cada equipe é direcionada para o local planejado e executa a atividade proposta. Com a conclusão da atividade, a coordenadora de equipe realizada um relatório

diário contendo as informações padronizadas (data, horário, município, classificação do local, parceiros envolvidos, número de pessoas que participaram das atividades, fotos da ação). Este relatório é fechado mensalmente, gerando relatório anual.

As atividades foram ambientadas no estado de Pernambuco, abrangendo diferentes espaços sociais de grande circulação com o objetivo de garantir a capilaridade da mensagem preventiva. Foram consideradas as 12 regionais de saúde do estado para análise do estudo. A coleta de dados e a execução das dinâmicas ocorreram ao longo do período correspondente ao ano de 2025, sendo consolidados em fevereiro de 2026.

Foram realizadas apresentações educativas e acessíveis, ministradas por equipes de educação da OLS, subdivididos em 02 grupos. As ações foram conduzidas por duas equipes de educação multiprofissionais, compostas por um coordenador pedagógico, um profissional de apoio e educadores com deficiência física (usuários de cadeiras de rodas e muletas) decorrente de sinistros de trânsito.

A população participante presente no local foram orientados sobre os riscos de conduzir automóveis sob o efeito do álcool, participaram de dinâmicas e escutaram o depoimento dos educadores que são vítimas de sinistros em Pernambuco. As palestras tiveram duração média de 20 a 40 minutos, e foram realizadas mais de uma vez ao dia. O conteúdo das apresentações abordava estatísticas de acidentes de trânsito até prejuízos e efeitos no organismo, além das punições após fiscalizações de trânsito.

Os sujeitos envolvidos e impactados pelas intervenções totalizaram 48.761 participantes. Esse público apresentou um perfil segmentado e diversificado, composto prioritariamente por estudantes do grupo escolar (abrangendo 8.095 alunos), além de condutores em blitzes educativas, trabalhadores de empresas privadas e frequentadores de grandes eventos festivos.

O relato de experiência possui um forte componente de apelo emocional e humanitário. Ouvir depoimentos reais sobre as sequelas físicas, psicológicas e os impactos socioeconômicos de um sinistro gera maior empatia e reflexão nos condutores e pedestres do que apenas dados estatísticos secos[19].

São duas equipes de educação da OLS, onde cada equipe é formada por um usuário de cadeiras de rodas que sofreu o sinistro por consumo de álcool, um usuário de muletas que foi vítima de sinistro por imprudência de outro motorista, um coordenador de educação que desenvolve as atividades, um apoio ao PCD e um condutor do transporte.

A metodologia educativa da experiência foi organizada em três eixos complementares:

I - O primeiro consistiu em orientações normativas sobre a legislação de trânsito, os riscos do consumo de álcool e os efeitos fisiológicos e comportamentais associados à redução da capacidade de direção.

II - O segundo eixo utilizou a narrativa biográfica, por meio do relato de educadores com deficiência física decorrente de sinistros de trânsito, recurso pedagógico que aproxima o conteúdo técnico da dimensão humana do problema e fortalece a identificação dos participantes com a temática.

III - O terceiro eixo correspondeu à simulação sensorial e dinâmica interativa, com uso de óculos de distorção visual para representar alterações perceptivas compatíveis com a embriaguez e deambulação entre cones de trânsito.

Figura 1. Imagens das ações da equipe de educação da OLS-PE.

Orientações normativas



Simulação sensorial



Narrativa biográfica



Fonte: Acervo pessoal.

A organização das ações priorizou a interação dialógica, a escuta e a participação do público, buscando não apenas transmitir informações, mas estimular reflexão crítica sobre escolhas, consequências e responsabilidade compartilhada no trânsito. Essa abordagem é com-

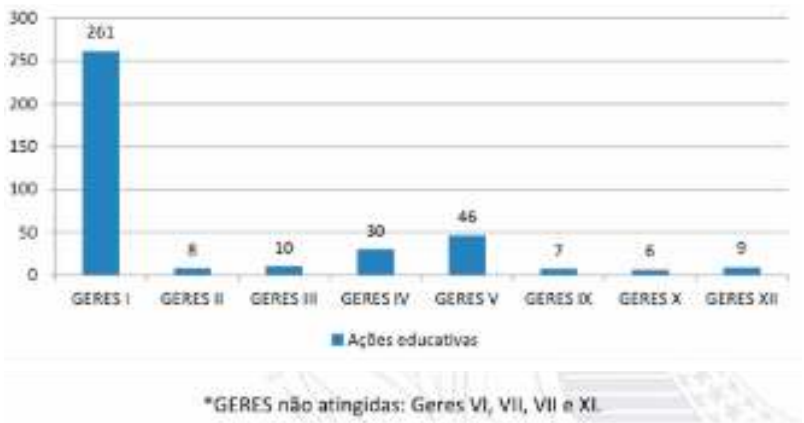
patível com estudos recentes que identificam maior efetividade de programas educativos quando os participantes são envolvidos de forma ativa e quando há combinação entre educação e outros componentes preventivos, como fiscalização e mobilização comunitária[5,6,13,20].

As ações foram registradas quanto ao número de atividades, público alcançado e perfil dos grupos atendidos, permitindo sistematização do alcance da intervenção. Por se tratar de relato de experiência institucional, a metodologia valoriza a descrição do processo, a replicabilidade da estratégia e a análise do potencial de educação em saúde como ferramenta de prevenção de agravos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

As ações foram desenvolvidas em 08 gerencias regionais de saúde de Pernambuco (GERES I , GERES II , GERES III , GERES IV , GERES V , GERES IX , GERES X e GERES XII). Não sendo possível atender as regionais VI, VII, VII e XI.

Figura 2. Ações educativas realizadas pelas regionais de saúde do estado de Pernambuco, OLS, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram usados banners, apresentação power-point, folder, jogos interativos com o conteúdo da apresentação, criado para prestar informações e tirar dúvidas. A escolha do tipo de método educativo se adaptou ao público-alvo envolvido na ação. Os

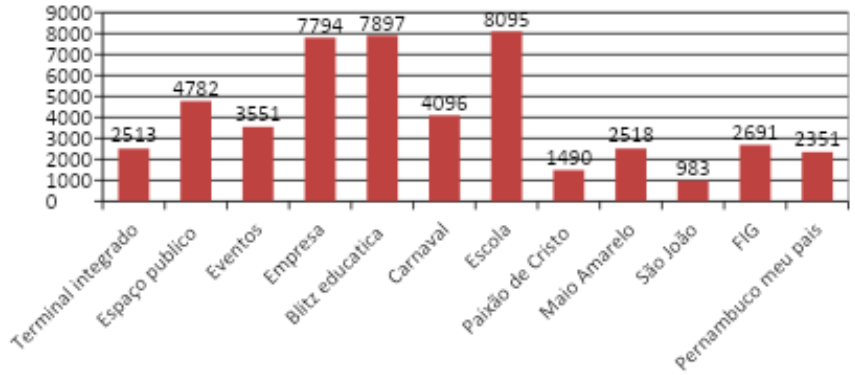
grupos formados por apresentação dependeu do local da ação educativa, permitindo assim maior flexibilidade. Esse tipo de abordagem permitiu certas vantagens como à execução das atividades educativas para grandes grupos em auditórios e empresas, para alunos em salas de aula, para população em ações de rua ou festejos. Observou-se boa aceitação do grupo e da estratégia educativa, assim como o envolvimento por parte dos ouvintes nas dinâmicas.

As ações foram realizadas todos os dias da semana, sendo uma equipe por dia, contemplaram-se todos os meses de 2025. A equipe de educação do projeto OLS-PE demonstrou alta capilaridade e consistência confirmada a partir dos dados abaixo:

1. Produtividade: 377 atividades realizadas (média de 31,4 intervenções/mês).
2. Alcance: 48.761 participantes impactados.

O público-alvo das ações educativas foi a população presente em terminais integrados de mobilidade; espaços públicos como mercados, feiras, calçadão da praia e praças públicas; eventos municipais e estaduais, como festas do calendário brasileiro; blitz educativas realizadas pela OLS e outras entidades de trânsito como DETRAN – Departamento Estadual de Trânsito, DER – Departamento de Estradas de Rodagem, PRF – Polícia Rodoviária Federal e autarquias de trânsito municipais; Grandes festejos locais como carnaval, Paixão de Cristo, São João, festival de inverno de Garanhuns (FIG) e Pernambuco meu país; e escolas fundamentais, ensino médio e faculdades.

Figura 3. Figura 3. Público - alvo das ações educativas realizadas pela educação OLS, SES/PE, 2025.



Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

É importante ressaltar que a política nacional de promoção da saúde (PNPS) em seu tópico Promoção da mobilidade segura destaca a articulação intersetorial e intrassetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito. A PNPS orienta ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo ações de saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e nos demais setores envolvidos, além da sociedade, a fim de definir um planejamento integrado, parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor para a promoção da mobilidade segura. Ainda busca avançar na promoção de ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, fundamentadas em informação qualificada e em planejamento integrado, para que garantam o trânsito seguro, a redução de morbimortalidade e, consequentemente, a paz no trânsito[7].

Em 2008, foi aprovada a Lei Seca no Brasil, que tornou crime o condutor apresentar uma concentração de álcool superior a 0,2 g/L de sangue[21]. Pernambuco aprovou a lei estadual com o projeto

operação lei seca em 2011 sob a coordenação da secretaria estadual de saúde de Pernambuco, sendo uma ação conjunta entre as secretarias de saúde, mobilidade e defesa social[16]. Em 2012, tornou-se mais rigorosa com intolerância a qualquer valor alcoólico encontrado no organismo do condutor e aumento no valor da multa, além de outras medidas. A lei e sua devida fiscalização reduziram número de acidentes e mortes, em proporções significativas[22].

Em Pernambuco essa legislação instituiu as ações de fiscalização e educação diariamente[16]. O objetivo das ações educativas da OLS, desenvolvidas pela Secretaria estadual de saúde[16] efetivam as intenções da PNPS7 e do Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito[18] a partir das ações de fiscalização e educação que ocorrem diariamente. Braga Filho[8] enfatiza que as intervenções educativas são estratégias eficazes na redução de comportamentos de risco e na promoção de práticas de condução segura8. A educação em saúde, especialmente quando combinados com fiscalização rigorosa das leis de trânsito, resultam em reduções significativas nas taxas de acidentes e infrações. A eficácia dessas intervenções é amplificada quando são contínuas e adaptadas às necessidades locais[8,18].

O Projeto OLS realizou ações educativas todos os dias em 2025, em diversos cenários buscando diversificar e amplificar a sensibilização sobre trânsito seguro e, principalmente, sobre os riscos envolvendo a associação entre ingestão de bebidas alcoólicas e direção. Embora o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) proíba dirigir sob o efeito de álcool, punindo o condutor do veículo na esfera administrativa (multa) e / ou criminal, ainda demonstra-se nas estatísticas que esse comportamento permanece comum no Brasil e em Pernambuco[4,10,22,23].

Em Pernambuco, os dados publicados no boletim do sistema de informação sobre vítimas de acidentes de trânsito terrestre (SINATT) referente ao ano de 2025 registrou o total de 47.663 notificações, sendo 18,2% relacionadas a ingestão de bebidas alcoólicas pelo condutor[23].

Corroborando esses dados, o estudo desenvolvido por Luna10 fez a análise toxicológica e perfil das vítimas fatais de sinistros de trânsito periciadas no IML Recife onde analisou 272 vítimas fatais, sendo 85,7% do sexo masculino, com mediana de idade de 37 anos e 79,0% de raça/cor parda. Os motociclistas representaram 40,4% do total de vítimas (n=110). A prevalência de positividade para substâncias psicoativas foi de 42,6%, sendo o álcool a substância mais detectada (36,4%). Entre os condutores positivos para álcool, 89,4% apresentavam concentração sanguínea superior a 0,6 g/L. Houve associação significativa entre o uso de substâncias e a faixa etária de 18-49 anos e o período noturno. Os resultados evidenciaram elevada prevalência de substâncias psicoativas entre vítimas fatais de sinistros de trânsito em Recife, com predomínio do álcool em níveis muito acima do permitido pela legislação[10].

Estudos como estes demonstram que é imperiosa a realização diária de ações educativas promovendo esclarecimentos sobre condutas e comportamentos para um trânsito seguro, principalmente quando as palestras atingem público de eventos festivos, adolescentes e o público de maior vulnerabilidade como os motociclistas.

Dentre o público-alvo das palestras evidenciou-se que o grupo escolar foi o mais expressivo (8.095 alunos), o que corrobora a literatura sobre a importância da intervenção precoce na formação de condutores[1].

A educação para o trânsito requer estratégias que ultrapassem os limites dos componentes curriculares isolados. Ao ser integrado de forma crítica e reflexiva, essa temática contribui para o desenvolvimento da consciência dos estudantes acerca dos problemas de mobilidade e permite romper com a visão tradicional e ultrapassada, que atribui exclusivamente aos usuários das vias a responsabilidade pelas fatalidades e pela gravidade dos sinistros de trânsito[24]. Revisão sistemática realizada por Malekpour et al. identificou que estratégias educacionais e comportamentais foram eficazes na redução de lesões de trânsito entre jovens de 12 a 26 anos[6]. Esse achado converge com a experiência pernambucana,

na medida em que a ação educativa se dirige justamente a grupos socialmente expostos e utiliza recursos que favorecem engajamento e retenção da aprendizagem.

A escola é o meio pelo qual se insere uma cultura de responsabilidade mútua, mas, a escola isolada não pode ter a responsabilidade de educar a todos sobre tudo que a sociedade necessita. A educação para o trânsito com os alunos desde as séries iniciais de forma lúdica, onde o envolvimento e a conscientização estejam presentes desde pequenas nas suas vidas é muito mais eficaz para poder ter resultados positivos. Além disso, a presença de escolas entre os principais espaços de intervenção reforça a importância da prevenção precoce, já que atitudes e crenças sobre risco no trânsito tendem a se consolidar ao longo da adolescência e início da vida adulta[6,25]. Considera-se assertivo e oportuno a inclusão de estudantes e escolas como público-alvo das ações organizadas pela equipe de educação da operação lei seca.

Quanto à estratégia de educação envolvendo vítimas de sinistros de trânsito, a experiência pernambucana assemelha-se a programas como o "Vida no Trânsito", iniciativa brasileira articulada com a Organização Pan-Americana da Saúde[26]. Contudo, o diferencial da OLS-PE é a inclusão de vítimas de sinistros de trânsito como protagonistas da educação, e não apenas como exemplos passivos. A inclusão de vítimas de sinistros como agentes ativos na educação viária transforma a dor em prevenção. Abordagens baseadas em testemunhos reais humanizam a segurança e promovem forte conscientização sobre riscos, indo muito além da mera memorização de leis[19,27].

O relato de vida dos educadores buscou sinalizar que o comportamento humano e as tomadas de decisões podem mudar o seu destino, sua vida. Cada história contada, a cada público em cada cenário possibilita reflexão particular, única e intangível. A resiliência das vítimas de trânsito, que hoje atuam como educadores, demonstra que é possível a mudança de comportamento em prol da vida de si e do outro.

Os autores concluem que os testemunhos das vítimas de sinistros de trânsito alinhados as estratégias pedagógicas podem gerar impacto na prevenção. A incorporação contínua dessa metodologia associada a fiscalização, a medidas de segurança viária e campanhas de promoção à saúde, poderão apoiar a cultura de trânsito mais segura, humana e defensiva.

A dinâmica lúdica e interativa, usando simulação com óculos, aplicada em Pernambuco, oferece o que a literatura chama de "percepção de risco aumentada", onde o indivíduo experimenta a perda de reflexos sem o risco real, facilitando a tomada de decisão consciente no futuro. Esta estratégia é coerente com a literatura que aponta a eficácia de treinamentos ativos na aprendizagem da percepção de risco[13].

Os resultados da experiência evidenciam que ações educativas em trânsito podem funcionar como estratégias concretas de promoção da saúde quando articuladas a uma política pública mais ampla de prevenção de violências e acidentes[7]. A literatura recente reforça que, embora medidas legais e de fiscalização permaneçam fundamentais, intervenções centradas exclusivamente na punição tendem a ser insuficientes para modificar padrões comportamentais de forma duradoura[5,6]. Nesse contexto, o projeto Operação Lei Seca em Pernambuco apresenta relevância por integrar educação e sensibilização em uma mesma prática institucional, ampliando o alcance da mensagem preventiva. As ações educativas são realizadas desde a publicação da lei estadual[16].

Outro ponto de convergência com a literatura é a valorização de metodologias ativas na aprendizagem de segurança viária. A busca pelo envolvimento reflexivo da população produz efeitos significativos em motoristas, ciclistas, pedestres e motociclistas, com melhores resultados quando o participante é ativamente engajado no processo formativo[13,20].

Na experiência aqui analisada, a simulação sensorial com óculos de distorção e o relato de vida dos educadores com deficiência física decorrente a sinistros que mudaram suas vidas tor-

nam a intervenção menos abstrata e mais concreta, favorecendo a internalização da mensagem preventiva.

Tal combinação dialoga com a noção de que educar para o trânsito não se restringe a informar regras, mas envolve desenvolver julgamento, antecipação de risco e compromisso ético com a vida[13,20,28].

O testemunho de educadores com deficiência física decorrente ao sinistros de trânsito acrescenta um componente singular à experiência, pois converte a estatística em testemunho e amplia o potencial de sensibilização do público. A literatura sobre promoção de saúde e prevenção de lesões sugere que abordagens que envolvem experiência vivida, participação e construção coletiva de sentido tendem a ser mais efetivas do que campanhas meramente informativas[7,27]. Nesse caso, a narrativa biográfica contribui para aproximar o risco da vida cotidiana, valorizando a dimensão subjetiva da prevenção e a compreensão de que a segurança no trânsito é uma responsabilidade coletiva, e não apenas individual.

A comparação com outras experiências também é elucidativa. Em estudos voltados à educação para segurança viária em escolares e jovens, resultados positivos costumam aparecer quando o conteúdo é repetido, contextualizado e conectado a vivências significativas, especialmente em programas de longa duração ou com múltiplos componentes. Por outro lado, intervenções pontuais, centradas em palestras expositivas, tendem a ter menor impacto sobre comportamento real, mesmo quando produzem ganho imediato de conhecimento[24,27,28]. A Operação Lei Seca em Pernambuco se diferencia por combinar presença territorial, linguagem acessível e recursos experiencialmente marcantes, o que a aproxima dos modelos mais promissores descritos na literatura recente.

Outro aspecto relevante é a sua inserção no campo da promoção da saúde. A segurança viária, sob essa lente, envolve criação de condições favoráveis para escolhas saudáveis, redução de exposições evitáveis e fortalecimento de competências individuais e coletivas. A experiência analisada cumpre esse papel ao atuar tanto

na dimensão cognitiva, com informação normativa, quanto na dimensão afetiva e relacional, por meio da narrativa biográfica e da simulação. Assim, a ação educativa extrapola o caráter informativo e se consolida como dispositivo de produção de saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da cultura de paz no trânsito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A magnitude do problema justifica a manutenção e o aperfeiçoamento de iniciativas semelhantes. Revisões recentes demonstram que a prevenção de lesões de trânsito exige múltiplas estratégias, com ênfase especial em educação, legislação e intervenções multifacetadas, sobretudo entre adolescentes e jovens. A experiência da Operação Lei Seca em Pernambuco, ao unir educação, sensibilização e fiscalização, oferece um modelo relevante de atuação intersetorial e de promoção da saúde no contexto brasileiro. Sua principal contribuição reside em mostrar que a transformação de comportamentos de risco pode ser favorecida quando o conhecimento técnico é mediado por experiências concretas, participação social e compromisso institucional com a vida.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório global sobre o estado da segurança rodoviária em 2023. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023.
3. Organização Pan-americana da Saúde. Road safety project run by PAHO, PRF, Senatran, Dnit and UnB presents results of its first stage. Brasília: OPAS/OMS, 4 nov. 2024. Disponível em: https://www.paho.org/en/news/4-11-2024-road-safety-project-run-paho-prf-senatran-dnit-and-unb-presents-results-its-first. Acesso em: 16 mai. 2026.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente | Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Cenário brasileiro das lesões de motociclistas no trânsito de 2011 a 2021. Volume 54 | N.º 6 | 27 Abr. 2023. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

5. Akbari M, Heydari ST, Razzaghi A, Vali M, Tabrizi R, Bagheri Lankarani K. Effectiveness of interventions for preventing road traffic injuries: A systematic review in low-, middle- and high--income countries. PLoS One. 2024 Dec 5;19(12):e0312428. doi: 10.1371/journal.pone.0312428.

6. Malekpour F, Afshari M, Moghadam SMK, Cheraghi Z, Bashirian S, Moeini B, Rezapur-Shahkolai F. The effect of intervention programs on road traffic injury prevention among adolescents and young people: a systematic review. Int J Inj Contr Saf Promot. 2024 Jun;31(2):194-202. doi: 10.1080/17457300.2023.2286639.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

8. Braga Filho, FMA, Alves CNC, Prado MZP, Siqueira SKM, Cunha FMAM, Coutinho DJG.. Acidentes de trânsito e educação em saúde. Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação. 2024;10(8), 2120–6. https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15285

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

10. Luna MJC. Análise toxicológica e perfil das vítimas fatais de sinistros de trânsito periciadas no IML [dissertação] Recife: Universidade de Pernambuco; 2026. Disponível em: https://w2files.solucaoatrio.net.br/atrio/upe-pf_upl//THESIS/198/dissertacao.mauro_luna.2026__mauro_jose_catunda_luna_20260227102305556.pdf

11. Global Road Safety Partnership. Beber e dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde [Internet]. Genebra: Global Road Safety Partnership; 2010 [acesso em 16 jun 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/beber_dirigir_manual.pdf

12. Abreu AMM, Jomar RT, Thomaz RGF, Guimarães RM, Lima JMB de, Figueirò RFS. Impacto da Lei seca na mortalidade por acidentes

de trânsito. Rev. enferm. UERJ [Internet]. 28º de setembro de 2012 [citado 16º de junho de 2026];20(1):21-6. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/3970

13. Prabhakharan P, Bennett JM, Hurden A, Crundall D. The efficacy of hazard perception training and education: A systematic review and meta-analysis. Accid Anal Prev. 2024 Jul;202:107554. doi: 10.1016/j.aap.2024.107554.

14. Azevedo TF, Almeida MBD. Educação para o trânsito e mobilidade ativa: Conscientização de crianças e adolescentes em favor da segurança viária. EUROELECS [Internet]. 22º de dezembro de 2025;6(1). doi: 0.46421/euroelecs.v6.8071.

15. World Health Organization. Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021–2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [01 de maio de 2026]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/global-plan-for-the-decade-of-action-for-road-safety-2021-2030

16. Pernambuco. Lei nº 14.491, de 29 de novembro de 2011. Institui o Projeto Operação da "Lei Seca", e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife, 30 nov. 2011.

17. Bacchieri G, Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. Revista de Saúde Pública. 2011;45 (5),949-63. doi: https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000069.

18. Brasil. Ministério da Infraestrutura. Secretaria Nacional de Trânsito. Plano Nacional de Redução de Mortes e Lesões no Trânsito: PNATRANS 2021-2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Infraestrutura; 2021 [10 de maio de 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/transportes/pt-br/assuntos/transito/senatran/pnatrans

19. Observatório Nacional de Segurança Viária. Maio Amarelo anuncia tema de 2026: "No trânsito, enxergar o outro é salvar vidas" [Internet]. Brasília: ONSV; 2026 [citado 2026 jun 16]. Disponível em: https://www.onsv.org.br/maioamarelo/noticias/maio-amarelo-anuncia-tema-de-2026-no-transito-enxergar-o-outro-salva-vidas

20. Oliveira AIP, Ferreira GHC, Gueiros VBA., Oliveira FDSC, Silva LB, Campos, JM. Conscientização da população acerca dos riscos de ingerir bebida alcoólica e dirigir: relato de experiência. Interfaces-Revista de Extensão da UFMG. 2018;6(2), 357-372. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/19042. Acesso em: 16 jun. 2026.

21. Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor. Diário Oficial da União. 20 jun 2008; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm

22. Brasil. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, para dispor sobre a desoneração de encargos tributários e sobre a fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência. Diário Oficial da União. 21 dez 2012; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12760.htm

23. Pernambuco. Secretaria da Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Boletim SINATT: Sistema de Informação Sobre Acidentes de Transporte Terrestre (Período: Janeiro-Dezembro/2025). Ano 10, nº 06. Recife. Janeiro de 2026.

24. Santos MD. A abordagem Visão Zero na Educação para o Trânsito: caminhos para uma formação humana integral [dissertação]. Palmas: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins; 2024. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/1001397?mode=simple

25. Pinto, JC, Costa G S. A Importância da Educação para o Trânsito nas Escolas. Rebena - Revista Brasileira De Ensino E Aprendizagem. 2022;3,59–69. Disponível em: https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/23

26. Brasil. Ministério da Saúde. Guia do Programa Vida no Trânsito (PVT): Implantação e operacionalização. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vida_transito_2017.pdf

27. Mendes R, Fernandez JCA., Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. Saúde em Debate [internet]. 2016; 40, 190-203. doi: 10.1590/0103-1104-20161080016.

28. Jomar RT, Ribeiro MR, Abreu ÂMM, Figueirò RFS.. Educação em saúde no trânsito para adolescentes estudantes do ensino médio. Escola Anna Nery [internet]. 2011; 15(1), 1869. doi: 10.1590/S1414-81452011000100026.

A PLACENTA COMO ÁRVORE DA VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA PRÁTICA DE HUMANIZAÇÃO EM UMA MATERNIDADE DA IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Luciana Cristiane Santos Mandu[1]
Jaqueline Cordeiros Lopes[2]
Ana Claudia Silva Bezerra[2]
Larissa Michelle Tenório de Vasconcelos[2]
Silvana Cavalcanti dos Santos[3]

[1]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
[2]Secretaria Municipal de Saúde de Pesqueira, Pesqueira, Pernambuco, Brasil
[3]Instituto Federal de Pernambuco, Pesqueira, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap32

RESUMO

A humanização da assistência ao parto e nascimento tem se consolidado como uma estratégia essencial para a qualificação do cuidado materno-infantil, ao valorizar aspectos físicos, emocionais e simbólicos envolvidos nesse processo. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da prática "placenta como Árvore da Vida", desenvolvida em uma maternidade IV Gerência Regional de Saúde Pernambuco, como estratégia de humanização da assistência. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no pós-parto imediato. A

atividade consiste na impressão da placenta em tela, formando uma imagem simbólica semelhante a uma árvore, posteriormente identificada com dados do recém-nascido e entregue à mãe. A prática é conduzida por uma parteira tradicional indígena, que também é técnica de enfermagem vinculada a maternidade, mediante consentimento das puérperas. Os resultados evidenciam que a intervenção é de fácil execução, baixo custo e viável no contexto assistencial, sem comprometer o fluxo de atendimento. Observa-se elevada aceitação pelas puérperas, que relatam sentimentos positivos, como emoção e valorização do momento do nascimento, além da construção de memórias afetivas significativas. A atividade também contribui para o fortalecimento do vínculo materno-infantil e para a ressignificação da placenta, compreendida como símbolo da conexão entre mãe e filho. Ademais, verifica-se impacto positivo na equipe de saúde, com maior satisfação e envolvimento profissional. Conclui-se que a prática constitui uma estratégia inovadora e potente de humanização, recomendando-se sua ampliação e a realização de estudos que avaliem seus impactos de forma sistematizada.

Palavras-chave: Humanização da assistência ao parto, Placenta, Vínculo mãe-filho

INTRODUÇÃO

A humanização da atenção obstétrica emerge como uma estratégia fundamental para promover a saúde materno-infantil, ao valorizar práticas baseadas em evidências, o respeito à fisiologia do parto e a autonomia da mulher no processo de nascimento[1,2]. Frente a esses fatores foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH). Ela foi lançada em 2003 e tem como objetivo justamente criar vínculos e promover o comprometimento entre as equipes dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a implementação de práticas de atendimento humanizado[3-5].

Paralelamente, observa-se o fortalecimento de políticas públicas e iniciativas institucionais voltadas à implementação de práticas humanizadas, como o estímulo à criação de ambientes acolhedores e à adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor, incluindo musicoterapia, imersão em água e suporte contínuo à gestante[6].

Nesse cenário, emergem práticas inovadoras que integram dimensões simbólicas ao cuidado, contribuindo para a humanização da assistência. A placenta, órgão essencial para o desenvolvimento fetal, passa a ser reconhecida também por seu significado simbólico, frequentemente associada à "árvore da vida", representação que remete à conexão vital entre mãe e filho. A utilização da placenta em atividades artísticas, como a impressão em papel formando imagens semelhantes a árvores, tem sido incorporada em alguns serviços de saúde como estratégia de valorização do nascimento e fortalecimento do vínculo materno-infantil[7,8].

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência acerca da placenta como Árvore da Vida: relato de experiência de uma prática de humanização em uma maternidade da IV Região de Saúde de Pernambuco, realizada por uma parteira tradicional indígena, técnica de enfermagem, destacando sua contribuição para o cuidado e para a valorização do processo de nascimento. Ao compartilhar essa experiência, pretende-se fomentar reflexões e incentivar a adoção de práticas inovadoras e sensíveis no âmbito da atenção obstétrica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta a implementação da prática de impressão placentária denominada "Árvore da Vida", desenvolvida como estratégia de humanização da assistência.

O cenário do estudo foi na maternidade do Hospital Dr. Lídio Paraíba, Pesqueira- PE localizado da IV Região de Saúde de Pernambuco, que atende gestantes de risco habitual. A prática foi

incorporada à rotina assistencial no período do pós-parto imediato, tendo seu início em 2023, até os dias atuais.

Participam dessa experiência puérperas atendidas na referida maternidade, que manifestam interesse voluntário em participar da atividade, mediante consentimento verbal. A atividade é conduzida pela parteira tradicional indígena, que também é técnica de enfermagem, vinculada a maternidade, que desenvolveu habilidade dessa prática, trazendo singularidade à experiência relatada, ao possibilitar a articulação entre saberes tradicionais e práticas institucionais do cuidado obstétrico. Historicamente, povos indígenas atribuem ao parto e aos elementos que o circundam significados culturais, espirituais e afetivos que transcendem a dimensão biológica[9].

Primeiramente, é realizado todo o processo de parturição e prestação de cuidados ao binômio mãe-filho. Nessa perspectiva, insere-se o processo de confecção do carimbo de placenta, sendo esta uma ferramenta complementar para registrar memórias do parto e nascimento de maneira positiva na vida da mãe e família[10].

Para a execução da prática, são utilizados os seguintes materiais: tela branca, tinta guache atóxica e pincéis. Inicialmente, após a dequitação, a placenta é submetida a um processo de higienização e secagem superficial (Figura 1). Em seguida, realiza-se a aplicação da tinta em toda a sua superfície, de forma uniforme. Posteriormente, a tela é posicionada sobre a placenta, sendo aplicada leve pressão manual para a transferência da imagem (Figura 2). Quando necessário, são realizados ajustes nos contornos com o auxílio de pincéis, visando melhor definição da impressão. A tela é identificada com informações do recém-nascido, incluindo data e hora do parto, além de medidas antropométricas, como peso, comprimento e perímetro cefálico (Figura 3). Ao final, o material é assinado pela equipe responsável pela assistência, sendo posteriormente entregue à puérpera como registro simbólico do nascimento. Segue abaixo alguns registros da prática da arte.

Figura 1. Preparo da placenta.



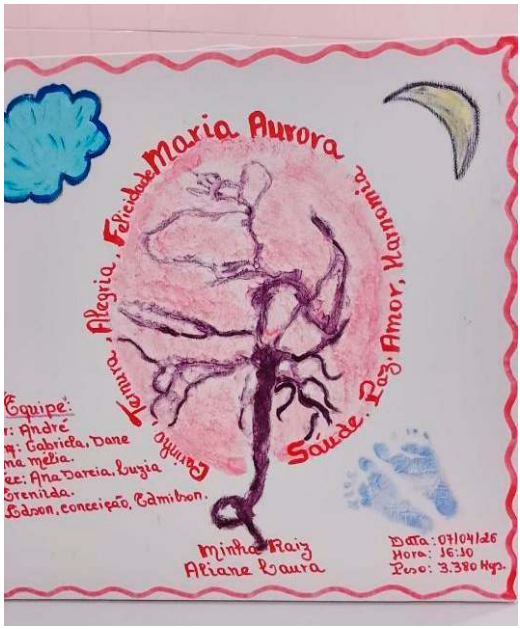
Fonte: Acervo pessoal.

Figura 2. Prática da Arte da Placenta na Tela.



Fonte: Acervo pessoal. Foto autorizada.

Figura 3. Imagem da Placenta na Tela.



Fonte: Registro Acervo pessoal.

No que se refere aos aspectos éticos, por se tratar de um relato de experiência sem identificação dos participantes e sem coleta de dados sensíveis, não será necessário dessa forma, a submissão ao comitê de ética, respeitados os princípios éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A implementação da prática "placenta como Árvore da Vida" mostra-se factível e de fácil inserção na rotina assistencial da maternidade. A utilização de materiais simples e de baixo custo contribui para sua operacionalização. Observa-se boa aceitação por parte das puérperas, que, em sua maioria, demonstram interesse em participar da atividade.

A presença de uma Parteira Tradicional Indígena na condução da prática fortalece a interface entre saberes tradicionais e assistência obstétrica institucionalizada, contribuindo para um

cuidado culturalmente sensível. Nesse sentido, a ressignificação da placenta como "Árvore da Vida" aproxima-se de perspectivas que valorizam a conexão materno-infantil e a memória do nascimento, reforçando práticas humanizadas no contexto hospitalar.

DISCUSSÂO

Achados deste relato de experiência evidenciam que a utilização de práticas simbólicas e sensíveis, como a impressão placentária em formato de "Árvore da Vida", pode contribuir significativamente para a humanização da assistência ao parto e nascimento[8]. A boa aceitação das puérperas reforça a importância de estratégias que valorizem aspectos subjetivos e emocionais do cuidado, ampliando a compreensão do parto como um evento que transcende a dimensão biológica[9]. A literatura contemporânea destaca que a incorporação de práticas humanizadas no contexto obstétrico está associada à melhoria da experiência materna, ao fortalecimento do vínculo com o recém-nascido e à promoção do bem-estar no puerpério[10].

O reconhecimento da placenta como símbolo da "árvore da vida" dialoga com diferentes perspectivas culturais que atribuem significados especiais a esse órgão, reforçando a importância de um cuidado culturalmente sensível. A inserção de práticas inovadoras pode favorecer a ressignificação do processo de trabalho em saúde, promovendo maior engajamento dos profissionais e contribuindo para a qualificação da assistência[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da implementação da prática "Placenta como Árvore da Vida" na Maternidade do HLP evidenciou o potencial de estratégias simbólicas e culturalmente sensíveis para a qualificação da assistência obstétrica, ao integrar dimensões subjetivas, afetivas e humanizadas ao cuidado no parto e nascimento. A incorporação da impressão placentária à rotina assistencial, desde 2023, demonstrou-se factível no contexto institucional,

caracterizando-se como uma intervenção de baixo custo, simples operacionalização e elevada aceitabilidade entre puérperas e profissionais de saúde.

Destaca-se, ainda, a singularidade da experiência pela articulação entre saberes tradicionais e práticas institucionais do cuidado obstétrico, considerando a participação de uma Parteira Tradicional Indígena atuante na maternidade, aspecto que amplia a sensibilidade cultural do cuidado e reforça a valorização de conhecimentos ancestrais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Percebe-se dessa forma que a utilização da impressão placentária como "Árvore da Vida" constitui uma estratégia inovadora e promissora para o fortalecimento de práticas humanizadas na assistência ao parto e nascimento. Recomenda-se sua ampliação em outros serviços obstétricos, bem como o desenvolvimento de estudos futuros que investiguem, de forma sistematizada, seus impactos sobre a experiência materna, o vínculo mãe-bebê, a satisfação com o cuidado e outros desfechos relacionados à saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Santos MP da S, Capelanes BCS, Rezende KTA, Chirelli MQ. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2022 May 4;27:1793–802. doi: 10.1590/1413-81232022275.23602021.
2. Cristina T, Paula A, Nunes MQ, De R, Demori CC. Design positivo aplicado às salas do pré-parto, parto e pós-parto. In:Design em Pesquisa. 2024. p. p. 106-119. Available from:https://www.researchgate.net/publication/397956092_Design_positivo_aplicado_as_salas_do_pre-parto_parto_e_pos-parto
3. Silva LFR, Silva LM, Paes LBO, Corrêa APV. Desafios para assegurar as boas práticas de assistência ao parto: percepção de enfermeiros. Revista Enfermagem Atual In Derme [Internet]. 2025 Dec 17;100(1):e026003. doi: https://doi.org/10.31011/reaid-2026-v.100-n.1-art.2527.

4. Santos ANS, Araújo LDJ. Vista do Parto humanizado e presença de acompanhantes na percepção de uma equipe multiprofissional [Internet]. Ufrb.edu.br. 2026 [cited 2026 May 20]. Available from: https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/gueto/article/view/5164/2690

5. Miguel AFS, Santos AVH, Pauli GN, Pires RA, Souza RS, Marques CH. Parto humanizado: impactos na saúde da mulher e do recém-nascido – [Internet]. Revista ft. 2025. Available from: https://revistaft.com.br/parto-humanizado-impactos-na-saude-da-mulher-e-do-recem-nascido/

6. Mariano CFDB, Araújo AC de S, Castro F de S, Santos GV dos, Lucas Barbosa, Jersey EC. Humanização do Parto. REVISA. 2026 Mar 1;47.

7. Morais KC, Dias TA, Mota HS, Oliveira DR, Cruz RSBLC. Carimbo da placenta: relato de experiência entre registros e memórias. Brazilian Journal of Case Reports. 2022 Oct 4;2(Suppl.3):224–9. doi: 10.52600/2763-583X.bjcr.2022.2.Suppl.3.224-229.

8. Damasceno RO, Milanesi BG, Pereira S, Silva CS.Pintura de barriga, print de placenta e carimbo plantar/palmar como ferramentas de humanização. Anais de Eventos Científicos CEJAM [Internet]. 2023;9. Available from: https://evento.cejam.org.br/index.php/AECC/article/view/111

9. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Índígenas [Internet]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

10. Admin Cofen. Árvore da vida: projeto de impressão placentária em maternidades públicas estaduais do centro-oeste. Enferm Foco [Internet]. 2020 Aug 19;11(5):125–9. Available from:https://enfermfoco.org/article/arvore-da-vida-projeto-de-impressao-placentaria-em-maternidades-publicas-estaduais-do-centro-oeste/

33 INTEGRAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NA III MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Ananda Sabrina Ramos Nunes
Mauriciana Pereira Ferreira
Isabella Bezerra Ramos
Carolina Ribeiro Carrascoso
Marcione Gomes de Carvalho

Hospital Eduardo Campos, Serra Talhada, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap33

RESUMO

A transição de cuidados é estratégia relevante para garantir continuidade assistencial e qualificar a integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Este estudo teve como objetivo descrever a experiência desenvolvida pelo Hospital Eduardo Campos (HEC) na articulação da transição de cuidados na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco. Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, realizado a partir da atuação conjunta entre equipe multiprofissional, Núcleo Interno de Regulação (NIR) e serviços municipais de saúde. O processo era direcionado a pacientes clinicamente estabilizados, com possibilidade de manutenção terapêutica em unidades hospitalares de menor complexidade ou no município de origem. No primeiro

trimestre de 2026, foram realizadas 59 transições de cuidados para unidades hospitalares da macrorregião. A experiência contribuiu para organização dos fluxos assistenciais, otimização da ocupação hospitalar e aproximação dos pacientes ao território de residência e à rede de apoio familiar. Também evidenciou desafios relacionados à heterogeneidade estrutural dos municípios, especialmente quanto à capacidade assistencial para continuidade terapêutica de determinados perfis clínicos. Conclui-se que a transição de cuidados se apresenta como ferramenta importante para qualificar a comunicação interinstitucional, favorecer a continuidade segura da assistência e fortalecer a integração regional do cuidado no SUS.

Palavras-chave: Continuidade da assistência ao paciente, Assistência hospitalar, Regulação e fiscalização em saúde, Integralidade em saúde, Comunicação interdisciplinar

INTRODUÇÃO

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representa importante estratégia para fortalecimento da assistência no Sistema Único de Saúde, promovendo maior integração entre os serviços e continuidade do cuidado aos usuários[1,2]. Nesse contexto, a articulação entre os diferentes níveis assistenciais torna-se fundamental para garantir assistência integral e centrada nas necessidades dos pacientes.

A transição de cuidados compreende ações destinadas à continuidade assistencial entre os serviços de saúde, envolvendo comunicação efetiva entre as equipes, planejamento terapêutico e organização do fluxo assistencial[3]. Quando realizada de forma estruturada, contribui para redução de internações prolongadas, otimização de leitos hospitalares e fortalecimento da continuidade do cuidado[4].

O Hospital Eduardo Campos (HEC), localizado em Serra Talhada, no sertão de Pernambuco, é referência assistencial para os 35 municípios da III Macrorregião de Saúde, ofertando atendimento em especialidades clínicas e cirúrgicas de média e alta

complexidade, em consonância com diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar[5]. Diante da elevada ocupação hospitalar e da permanência prolongada de pacientes em setores de emergência, identificou-se a necessidade de fortalecer estratégias de integração da rede assistencial, especialmente relacionadas à continuidade terapêutica após estabilização clínica.

Nesse cenário, a transição de cuidados passou a ser utilizada como estratégia de articulação entre o hospital e os municípios de origem dos pacientes, possibilitando a continuidade do tratamento próximo ao território de residência, fortalecimento da rede de apoio familiar e maior organização dos fluxos assistenciais.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, desenvolvido no Hospital Eduardo Campos (HEC), unidade hospitalar pública de referência para a III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, composta por 35 municípios.

A experiência foi desenvolvida por meio da atuação integrada entre o Núcleo Interno de Regulação (NIR), equipe multiprofissional hospitalar e serviços de saúde dos municípios de origem dos pacientes, com foco na transição segura de cuidados após estabilização clínica e definição do plano terapêutico.

O processo iniciava-se após avaliação médica e definição da possibilidade de continuidade terapêutica em unidade hospitalar de menor complexidade ou no município de origem do paciente. A partir disso, o médico assistente emitia relatório clínico contendo diagnóstico, condutas realizadas, plano terapêutico e necessidades assistenciais para continuidade do cuidado.

Posteriormente, o Núcleo Interno de Regulação estabelecia contato com os serviços municipais para discussão do caso, envio de documentação clínica e articulação da transferência do paciente. Nos casos necessários, o hospital também disponibilizava medicamentos de uso hospitalar e orientações relacionadas ao manejo de dispositivos e continuidade terapêutica.

Figura 1. Fluxo da transição de cuidados desenvolvida pelo Hospital Eduardo Campos na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram considerados, para este relato, os registros de transição de cuidados realizados no primeiro trimestre de 2026.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

No primeiro trimestre de 2026, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Eduardo Campos realizou articulação para 59 transições de cuidados destinadas a unidades hospitalares dos municípios de origem dos pacientes acompanhados na instituição[6]. A atuação ocorreu de forma integrada com a equipe multiprofissional e os serviços da rede de saúde da III Macrorregião, priorizando continuidade assistencial segura após estabilização clínica.

O processo contribuiu para organização da assistência e manutenção do acompanhamento terapêutico em unidades de menor complexidade, favorecendo a permanência dos pacientes próximos ao território de residência e à rede de apoio familiar. Além disso, possibilitou maior vínculo com os serviços locais de saúde e continuidade do acompanhamento após transferência.

A experiência também repercutiu na dinâmica assistencial hospitalar, especialmente em relação à otimização da ocupação de leitos e redução da permanência prolongada em setores de emergência. Nesse contexto, a transição de cuidados mostrou-se importante ferramenta para organização do fluxo hospitalar e integração da rede assistencial[7].

Entretanto, a experiência evidenciou desafios relacionados à heterogeneidade estrutural entre os serviços da rede regional, especialmente quanto à disponibilidade de equipe médica presencial, suporte laboratorial, oferta de antibioticoterapia e capacidade assistencial para continuidade terapêutica de determinados perfis clínicos. Diante dessas limitações, o Hospital Eduardo Campos buscava adaptar o processo de transição de cuidados conforme as possibilidades assistenciais de cada município, priorizando segurança terapêutica, estabilidade clínica e viabilidade da continuidade do cuidado.

DISCUSSÃO

A literatura demonstra que práticas estruturadas de transição do cuidado favorecem integração entre os diferentes níveis assistenciais, além de reduzirem fragmentações na assistência e fortalecerem a segurança do paciente[3,4]. A comunicação efetiva entre os serviços e o planejamento terapêutico compartilhado favorecem maior resolutividade da assistência e continuidade do acompanhamento após estabilização clínica[8].

Além dos benefícios relacionados à organização dos fluxos assistenciais, a transição de cuidados contribui para o fortalecimento da integralidade e da coordenação do cuidado no âmbito

da Rede de Atenção à Saúde. Ao promover a comunicação entre os diferentes serviços e o compartilhamento de informações clínicas essenciais para a continuidade terapêutica, essa estratégia reduz descontinuidades assistenciais e favorece maior articulação entre os pontos da rede. No contexto da III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, caracterizada pela abrangência territorial e pela diversidade estrutural dos municípios, a transição de cuidados assume papel estratégico para qualificar o acesso, favorecer a continuidade assistencial e fortalecer a integração regional do cuidado, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e com a organização das Redes de Atenção à Saúde[3,7,9].

Os achados observados no Hospital Eduardo Campos demonstram potencial da transição de cuidados como estratégia para fortalecimento da comunicação interinstitucional, organização dos fluxos assistenciais e integração regional da assistência na Rede de Atenção à Saúde da III Macrorregião[9]. Além disso, evidenciam a relevância da articulação entre hospital e municípios para continuidade terapêutica segura e mais próxima do território de residência dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição de cuidados mostrou-se estratégia relevante para fortalecimento da integração da rede assistencial na III Macrorregião de Saúde de Pernambuco, contribuindo para continuidade do cuidado, organização dos fluxos assistenciais e qualificação da assistência hospitalar.

A experiência evidenciou a importância da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde para promoção de cuidado mais integrado, regionalizado e centrado nas necessidades dos pacientes[10]. Além disso, demonstrou que, mesmo diante de desafios estruturais e operacionais, a comunicação interinstitucional e o planejamento compartilhado podem favorecer maior resolutividade e continuidade terapêutica no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2010 dez 31.
3. Melo RC, Carlotto FD, Figueiredo NM, Riquinho DL. Transição e continuidade de cuidados após a alta hospitalar à atenção primária: revisão de escopo. Physis. 2025;35(2):e350216.
4. Gheno J, Weis AH. Transição do cuidado na alta hospitalar de pacientes adultos: revisão integrativa. Texto Contexto Enferm. 2021;30:e20210030.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União. 2013 dez 31.
6. Melo EA, Silva AS. Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da Estratégia Saúde da Família? Cien Saude Colet. 2025;30(12):e16232025.
7. Santos MT, Halberstadt BMK, Trindade CRP, Lima MADS, Aued GK. Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20220100.
8. Fiorenza LA, Silva GS, Martins JRT, et al. Continuidade do cuidadocomo estratégia para atenção integral à saúde. Rev Recien. 2023;13(41):812-825.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2009. p.117-130.

34 GESTÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: HUDDLE SETORIAL DIÁRIO, INDICADORES SOCIOASSISTENCIAIS NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E OS ELOS DE CONEXÃO PARA UM CUIDADO INTEGRAL NO SUS

Andrezza Gonçalves de Sousa
Larissa Keyla Ferreira Canel
Maria Magaly Colares de Moura Alencar
Julyana da Costa Reis Oliveira Iwanaga
Josigles Araújo de Oliveira Júnior

Hospital Barão de Lucena, Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap34

RESUMO

Este estudo objetiva analisar duas inovações introduzidas na gestão do Serviço Social do Hospital Barão de Lucena (HBL), referência materno-infantil e de alta complexidade da Secretaria de Saúde de Pernambuco, ao longo de 2025: o huddle setorial diário, instituído em abril/2025, e a migração dos indicadores socioassistenciais para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP/MVSoul), operacionalizada a partir de junho/2025. Pesquisa descritiva, abordagem qualitativa, na modalidade de relato de experiência articulado à análise documental de relatórios setoriais, planilha oficial de produção e documentação institucional referentes ao período de março a dezembro de 2025. O referencial teórico ancora-se no projeto

ético-político do Serviço Social, nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), na dimensão técnico-operativa da profissão (CFESS/CRESS-MG, 2017) e na cogestão em saúde[7]. O huddle qualificou a comunicação intraequipe e fortaleceu a corresponsabilidade entre as 44 assistentes sociais distribuídas em 19 setores; a migração para o PEP tornou auditável e rastreável uma produção de 46.258 atendimentos anuais, estruturados em taxonomia com 15 tipos de intervenção no eixo Processo e 7 categorias no eixo Resultado. Ambas as inovações constituem expressões concretas de uma gestão comprometida com a visibilidade profissional e a qualificação do cuidado integral, compreendendo que a gestão do trabalho exige intencionalidade político-pedagógica. Demonstra-se que intervenções de baixo custo e alta replicabilidade são capazes de transformar condições de trabalho e ampliar o reconhecimento estratégico do Serviço Social em serviços hospitalares do SUS.

Palavras-chave: Serviço social hospitalar, Gestão em saúde, Huddle, Prontuário eletrônico, Indicadores socioassistenciais

INTRODUÇÃO

O Hospital Barão de Lucena (HBL), incorporado à Secretaria de Saúde de Pernambuco em 1992, é referência estadual em saúde materno-infantil e de alta complexidade, atendendo populações provenientes de todo o estado nas linhas de Obstetrícia de Alto Risco, Pediatria, Neonatologia, Oncologia (UNACON), Hemodiálise e diversas clínicas cirúrgicas e médicas. O Serviço Social opera neste contexto em dezenove setores, com equipe de quarenta e quatro assistentes sociais.

A invisibilidade da produção do Serviço Social em hospitais não é um fenômeno isolado. Bravo e Menezes[1] apontam que, mesmo após os avanços da Reforma Sanitária e da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço Social hospitalar enfrenta o desafio persistente de afirmar sua especificidade frente à tendên-

cia à burocratização e ao imediatismo assistencial. Mota, Gomes e Amaral[2] demonstram que a fragilidade dos registros e a ausência de sistematização qualificada das informações produzidas pela categoria comprometem tanto a visibilidade profissional quanto a possibilidade de incidência política sobre as condições de trabalho.

Com a nova coordenação em março de 2025, o Serviço Social do HBL iniciou um processo de reordenamento do seu processo de trabalho. Duas inovações tornaram-se eixos centrais desse processo: a instituição do huddle setorial diário, em abril de 2025, e a migração dos indicadores socioassistenciais para o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP/MVSoul), a partir de junho do mesmo ano. O presente relato analisa ambas as iniciativas, argumentando que constituem expressões concretas de uma gestão comprometida com o projeto ético-político do Serviço Social e com a construção dos elos de conexão necessários a um modelo de saúde sustentável, integrado e capaz de reconhecer a dimensão social como constitutiva do processo saúde-doença.

METODOLOGIA

Trata-se de relato de experiência do Serviço Social do HBL, considerando o período de março a dezembro de 2025.

O referencial teórico-metodológico ancora-se no projeto ético-político do Serviço Social, nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde[3], no Código de Ética Profissional[4], na publicação sobre Produção de Documentos e Opinião Técnica em Serviço Social[5], na obra sobre a dimensão técnico-operativa do trabalho de assistentes sociais[6] e no referencial da cogestão em saúde de Campos e Domitti[7]. A análise do huddle fundamenta-se em literatura nacional e internacional especializada[8-12].

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Serviço Social do HBL chegou a 2025 em uma condição que pode ser descrita, recorrendo ao aporte teórico de Iamamoto[13], como tensão entre a potência do trabalho vivo e a precariedade

das condições objetivas de sua realização. A equipe de quarenta e quatro assistentes sociais respondia a uma alta demanda em dezenove setores, mas sem ferramentas sistematizadas de comunicação interna e sem registro eletrônico integrado ao prontuário.

A produção anual de 46.258 atendimentos, distribuídos entre setores como o Alojamento Conjunto (6.172), a Clínica Pediátrica (6.053), a Neonatologia (4.895) e as Clínicas Cirúrgicas (4.883), além dos outros catorze setores, expressava um Serviço Social com alta capacidade produtiva e baixa visibilidade institucional. Esta contradição é exatamente o que Guerra[6] identifica como um dos nós críticos da dimensão técnico-operativa da profissão: a distância entre o que se faz e o que se consegue evidenciar como feito.

Em abril de 2025 foi instituído o huddle setorial diário no Serviço Social do HBL. O huddle, reunião breve, estruturada e rotineira é reconhecido na literatura como ferramenta de microgestão com efeitos documentados na melhoria da comunicação, no fortalecimento da cultura de segurança do paciente e na promoção do trabalho colaborativo[8-11], Caldas et al.[12] destacam ganhos em resolutividade, corresponsabilidade e harmonia entre profissionais após sua implementação em hospital público.

O formato adotado contempla dois momentos diários: três reuniões semanais pela manhã e duas à tarde, alcançando a totalidade das profissionais em atividade em cada turno. O conteúdo é organizado em cinco domínios fixos: (1) verificação da equipe de plantão; (2) casos críticos em acompanhamento; (3) demandas de articulação da gestão; (4) eventos adversos com a equipe multiprofissional; e (5) problemas de infraestrutura. O formato preserva a brevidade, até vinte minutos, e seu caráter estruturado diferencia-o de reuniões ordinárias, conforme orientam Mello et al.[8] e Morais et al.[9]

Do ponto de vista da dimensão técnico-operativa do Serviço Social, o huddle materializa o que Guerra[6] denomina instrumentalidade da profissão: a capacidade de transformar intencionalidades éticas e teóricas em respostas práticas concretas. Ao criar um espaço diário de alinhamento e socialização de casos, o huddle não

é apenas ferramenta administrativa, é expressão do compromisso coletivo com a qualidade da intervenção social e com a garantia de direitos dos usuários.

A segunda inovação foi a migração dos indicadores de produção do registro manual para o sistema MVSoul/PEP, implementada a partir de junho de 2025, precedida da Oficina de Evoluções do SS no PEP, realizada em julho com toda a equipe. O processo envolveu a definição de categorias de registro adaptadas às especificidades da intervenção social, estruturadas em quatro dimensões: Estrutura, Processo, Resultado e Pendência de Alta.

No eixo Processo, foram mapeados quinze tipos de intervenção: admissão social; articulação com a rede, interna e com a família; encaminhamentos para saúde, socioassistencial, sociojurídico, outros e interno; orientações de direitos sociais, normas e rotinas, e educação em saúde; atendimento no leito; atividade sociopedagógica; discussão de caso; busca ativa; relatório social; e declaração. No eixo Resultado, foram definidas sete categorias: acompanhamento; situações de violência; pessoa em situação de rua; orientações pós-óbito; orientações pós-alta; vulnerabilidade social com vínculo familiar; e vulnerabilidade social sem vínculo familiar e/ou comunitário.

O resultado imediato foi a transformação de 46.258 atendimentos em dados rastreáveis, auditáveis e comparáveis.

DISCUSSÃO

O livro, organizado pelo CFESS e CRESS-MG6, afirma que os instrumentais e as técnicas utilizados pelo assistente social são mediações que concretizam a intervenção profissional a partir das demandas postas pela realidade social.

Nessa perspectiva, tanto o huddle quanto o formulário de indicadores no PEP são mediações: não são fins em si mesmos, mas meios pelos quais a intencionalidade ético-política da gestão se concretiza em transformações reais nas condições de trabalho e na qualidade do cuidado.

Guerra[6] problematiza a tendência do Serviço Social a um praticismo acrítico, a execução de tarefas sem reflexão sobre suas finalidades e, ao mesmo tempo, a um teoricismo que não se traduz em intervenção qualificada.

Sodré[14] argumenta que o Serviço Social na saúde precisa superar a lógica do "plantão e encaminhamento" para afirmar-se como profissão que produz conhecimento sobre a realidade dos usuários e incide politicamente sobre as condições de saúde das populações. O registro qualificado no PEP é exatamente esse movimento, pois produz informação sobre os determinantes sociais da saúde e torna essa informação disponível para a gestão do cuidado.

Os autores Campos e Domitti[7] propõem a cogestão como metodologia que reconhece, nos espaços coletivos de decisão e comunicação, um dispositivo para transformar as relações entre trabalhadores e entre estes e a gestão institucional. O huddle do Serviço Social do HBL opera precisamente nessa lógica: ao criar um espaço diário de alinhamento, ele não apenas informa a equipe, mas a reconhece como sujeito coletivo capaz de identificar problemas, propor soluções e pactar condutas de forma horizontal e corresponsável.

Pimentel et al.[11] identificam como condição crítica para o sucesso do huddle a criação de um ambiente psicológico seguro, no qual os profissionais se sintam confortáveis para comunicar dificuldades sem receio de julgamento hierárquico. Pois, conforme Iamamoto[13] afirma, a qualidade do cuidado que se oferece ao usuário é inseparável da qualidade do cuidado que se oferece a quem cuida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstrou que o huddle setorial diário e a migração dos indicadores socioassistenciais para o PEP constituem inovações de gestão que transformaram, de forma mensurável e sustentável, o processo de trabalho do Serviço Social do Hospital Barão de Lucena em 2025. A análise evidenciou que ambas as

iniciativas são, simultaneamente, intervenções técnicas — porque qualificam a comunicação, o registro e a visibilidade da produção — e intervenções ético-políticas — porque expressam uma compreensão da gestão comprometida com o projeto profissional do Serviço Social e com os princípios do SUS.

Os resultados confirmam o argumento teórico que orienta este trabalho: a dimensão técnico-operativa da profissão não é neutra nem meramente instrumental. Quando ancorada em fundamentação teórica e compromisso ético, ela transforma as condições objetivas do trabalho profissional e, por essa via, amplia a capacidade de resposta do Serviço Social às complexas expressões da questão social que chegam diariamente ao HBL, representadas, entre outros, nos 46.258 atendimentos registrados em 2025.

REFERÊNCIAS

1. Bravo MIS, Menezes JSB, organizadores. Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez; 2011.
2. Mota AE, Gomes EGM, Amaral AS. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; 2006.
3. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília: CFESS; 2010.
4. Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993. Brasília: CFESS; 1993.
5. Conselho Federal de Serviço Social. Produção de documentos e emissão de opinião técnica em Serviço Social. Fávero E, Franco A, Oliveira R, organizadoras. Brasília: CFESS; 2022.
6. Conselho Federal de Serviço Social; Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais. A dimensão técnico-operativa no trabalho de assistentes sociais: questões para reflexão. Belo Horizonte: CFESS/CRESS-MG; 2017.
7. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2). doi: 10.1590/S0102-311X2007000200016.

8. Mello LRG, Christovam BP, Moreira APA, Moraes EB. Safety Huddle methodology development in patient safety software: an experience report. Rev Bras Enferm. 2020. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0788.

9. Morais AC, Lourenço JM, Borges AR, Lorenzini E, Sasso GTM. Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e após implantação do safety huddle. Rev Esc Enferm USP. 2023. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270pt.

10. Fernandes GP, Tomaz WB, Dutra CM, Ferreira LA. A implementação do Daily Huddle no pronto-socorro de um hospital público: relato de experiência. Rev REFACS. 2023. doi: 10.18554/refacs.v11i2.6773.

11. Pimentel CB, Snow AL, Carnes SL, Shah NR, Loup JR, Vallejo-Luces TM, et al. Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. J Gen Intern Med. 2021. doi: 10.1007/s11606-021-06632-9.

12. Caldas B, Reis V, Vasquez M, Pereira MG. Implantação do huddle diário em um hospital público especializado: relato de caso. Rev Enferm Qual Saúde. 2023.

13. Iamamoto MV. O Serviço Social na cena contemporânea. In: Conselho Federal de Serviço Social; Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS; 2009. p. 15-50.

14. Sodré F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Serv Soc Soc. 2010;(103). doi: 10.1590/S0101-66282010000300004.

15. Silva P, Silva ARD, Sousa AG, Oliveira CC, Rodrigues LDCS, Santos DOC et al. Gestão compartilhada do Serviço Social no SUS: a experiência no Hospital Barão de Lucena [pôster]. In: 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais; 2025 dez; Salvador, Bahia. Recife; 2025.

35 ARTICULAÇÃO E ACOLHIMENTO NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO NO AMBULATÓRIO LGBTQIAPN+

Daniele Saara dos Santos de Lima[1]
Bianca Larissa Marques dos Santos[2]
Glebson Costa Alves[1]
Andressa Joyce Pereira Bispo[3]
Igor Morgano Miguel dos Santos[4]

[1]Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Pernambuco - Fiocruz, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Centro Universitário Maurício de Nassau, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Universidade Federal de Alagoas, Curso de Farmácia, Maceió, Alagoas, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap35

RESUMO

O presente trabalho é um relato de experiência decorrente de imersão no Ambulatório LGBTQIAPN+ Patrícia Gomes, localizado na Policlínica Lessa de Andrade, em Recife-PE. O objetivo é refletir sobre como uma gestão articulada potencializa o acolhimento e o direito à saúde da população LGBTQIAPN+. A metodologia baseou-se na observação da rotina e no diálogo com a equipe. A experiência demonstrou que o serviço funciona como um ponto de cuidado e resistência dentro do SUS. Observou-se que o gestor

local desempenha um papel fundamental ao envolver os demais trabalhadores da policlínica, promovendo um aprendizado coletivo e desconstruindo preconceitos. Além disso, a estrutura com salas privativas garante a segurança e o sigilo necessários. Notou-se, ainda, a capacidade da coordenação em articular diferentes setores para oferecer ações de apoio que vão além do atendimento clínico, reforçando o caráter acolhedor do serviço. Conclui-se que o atendimento integral a essa comunidade exige uma gestão que saiba construir pontes e que esteja comprometida com a humanização do cuidado.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero, Equidade em saúde, Gestão em saúde, Acolhimento, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) representa um avanço na garantia de direitos no SUS[1]. Entretanto, a práxis ainda encontra barreiras como o despreparo de algumas equipes e o estigma institucional, que comprometem a qualidade do acolhimento dos usuários[2,3].

Os ambulatórios especializados surgem, portanto, não apenas para o atendimento clínico, mas como locais de referência e segurança que expressam as políticas públicas destinadas à população LGBTQIAPN+[4]. Tais serviços tornam-se, na prática, espaços de afirmação identitária, onde a assistência à saúde se cruza com a defesa de direitos. Entende-se, assim, que o cuidado à população LGBTQIAPN+ exige uma mudança profunda no modo como o SUS se organiza, superando visões puramente biomédicas que ignoram a subjetividade e a história de exclusão desses indivíduos.

Este trabalho tem por objetivo relatar a vivência no Ambulatório LGBTQIAPN+ Patrícia Gomes, cujo foco central é analisar como a gestão consegue articular, acolher e ter um caráter resolutivo, transformando o espaço do ambulatório em uma plataforma

de cidadania que reconhece a dignidade do usuário como o centro de suas ações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e descritiva, estruturado como relato de experiência, desenvolvido durante a imersão pelo projeto Vivências e Estágios na Rede do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Recife, em abril de 2026. A coleta de informações ocorreu por meio de observação participante e escuta ativa.

O método abrangeu, inicialmente, o acompanhamento do fluxo de atendimento, permitindo a análise da ambiência e da postura acolhedora da equipe. Além da vivência direta no Ambulatório LGBTQIAPN+ Patrícia Gomes, a metodologia incluiu o reconhecimento das dependências da Policlínica Lessa de Andrade, permitindo a compreensão de como o ambulatório se situa dentro de um equipamento de saúde mais amplo. Esse percurso permitiu identificar, na prática, os diversos setores que se articulam com a assistência ao público LGBTQIAPN+, evidenciando as estratégias de colaboração interna que facilitam o cuidado integral. Por fim, o processo foi enriquecido por diálogos com os trabalhadores do serviço sobre os desafios e as potências do cotidiano de trabalho.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A gestão do ambulatório atua ativamente na sensibilização das equipes da policlínica para a importância desse atendimento. Trata-se de um processo contínuo e desafiador, já que a desconstrução de estigmas e a incorporação de novas práticas de cuidado exigem tempo e persistência, enfrentando resistências ainda presentes no cotidiano institucional.

Outro aspecto fundamental refere-se à ambiência física do serviço. A utilização de consultórios privativos vai além da estrutura básica, atuando como tecnologia de cuidado que garante sigilo e privacidade aos usuários. Essa estrutura favorece o acolhimento

e a segurança do indivíduo, reduzindo julgamentos e exposições ainda presentes em muitos serviços de saúde. Assim, o cuidado com o espaço físico demonstra respeito à dignidade de quem busca o serviço.

Uma das questões mais marcantes da vivência foi a forma como a gestão articula estratégias para além do cuidado em saúde tradicional, promovendo ações de inserção social e profissional dos usuários. Por meio de parcerias com marcas de cosméticos e produtos de beleza, são realizadas atividades educativas voltadas ao fortalecimento da autoestima e da identidade. Nessas ações, os participantes recebem produtos e desenvolvem práticas de maquiagem e estética, contribuindo para autonomia financeira e inserção no mercado de trabalho, fortalecendo o vínculo com o serviço e o sentimento de pertencimento social de uma população marcada por violência, exclusão e preconceito.

Por fim, destacou-se a capacidade da gestão de dialogar com outros setores da policlínica e externos, evitando o isolamento do ambulatório. Essa articulação amplia as possibilidades de inserção social e bem-estar dos usuários, reforçando o trabalho em rede como caminho para a assistência integral.

DISCUSSÃO

A saúde da população LGBTQIAPN+ é fortemente impactada por condições sociais que determinam o acesso aos serviços e a qualidade da assistência. Nesse sentido, discutir o ambulatório como um elo articulador e acolhedor é fundamental para refletir sobre os Determinantes Sociais da Saúde e como o SUS desempenha papel essencial na redução das desigualdades sociais e na promoção da equidade, atuando por meio de políticas públicas para romper o ciclo de exclusão que muitas vezes impede o pleno exercício do direito à saúde[5,6].

Nesse cenário, o ambulatório LGBTQIAPN+ vai além do atendimento especializado, funcionando como espaço de acolhimento e garantia de dignidade em um sistema ainda marcado por

entraves, contribuindo para o enfrentamento dos DSS, além de ampliar o acesso e a integralidade da assistência[7,8].

A prática de sensibilizar outros setores da policlínica alinha-se ao que preconiza a Política Nacional de Humanização, que propõe que o cuidado não é tarefa isolada de um profissional, mas um compromisso de toda a equipe[9]. Sabe-se que o medo do constrangimento ou da violência institucional é um fator relevante para a evasão dessa população das unidades de saúde[10]. Portanto, a estratégia da gestão em manter um ambiente de respeito, atua como uma ferramenta de fixação do usuário na rede pública.

Nessa perspectiva, o ambulatório revela a importância da intersetorialidade não apenas como diretriz organizacional, mas como estratégia essencial para ampliar o acesso e fortalecer o vínculo com os usuários[11]. A experiência demonstrou que a articulação entre diferentes profissionais e setores da rede favorece a efetivação do cuidado integral, auxiliando para que a política pública se concretize de forma mais equânime e contribuindo para a permanência dessa população nos serviços de saúde.

Em síntese, a experiência evidenciou que a garantia do direito à saúde da população LGBTQIAPN+ requer mais do que a oferta de serviços especializados, demandando redes de cuidado acolhedoras e intersetoriais assim como capacitações contínuas dos profissionais de saúde em relação ao cuidado integral a fim de enfrentar desigualdades históricas vivenciadas por essa população[12]. Nesse contexto, o ambulatório destaca-se como estratégia fundamental para o SUS, contribuindo na defesa dos direitos humanos e na construção de uma atenção à saúde integral e inclusiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência no Ambulatório LGBTQIAPN+ confirmou que o êxito no SUS depende de uma gestão capaz de ir além do consultório, construindo redes de colaboração interna e superando barreiras institucionais por meio de diálogos constantes e empáticos.

Ao promover um ambiente acolhedor e articular esforços em rede, o serviço oferece mais do que assistência técnica: garante dignidade e espaço de afirmação. Essa experiência reforça que o cuidado em saúde é um compromisso coletivo que exige articulação e resiliência, sustentado pela convicção de que o SUS se fortalece quando inclui e protege a diversidade dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
2. Gonçalves EDFM, Oliveira EAD, Cardoso GCP, Silva LTBD. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo. Saude Debate. 2023;47(spe1):e9111. doi: 10.1590/2358-28982023E19111P
3. Santos JN, Silva MRF, colaboradores. O olhar da enfermagem no contexto do atendimento à saúde da população LGBTQIAPN+. Saude Debate. 2024;48:1-15. doi: 10.1590/2358-28982023E19071P
4. Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. Cadernos pagu. 2012:403-429. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-83332012000200014
5. Cambota JN. Desigualdades sociais na utilização de cuidados de saúde no Brasil e seus determinantes [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade; 2012 [citado 2026-06-15]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-11062012-190139/pt-br.html
6. Tesser Junior ZC, Paim MB, Selau BL, Bortoli FR,Kovaleski . A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2024;22:e2743254. doi: https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2743
7. Filice RCG. Transversalidade e interseccionalidade em políticas públicas LGBTQIA+ em Florianópolis. Rev Estud Fem. 2024;32(3):e87784. doi:10.1590/1806-9584-2024v32n387784

8. Almeida FN, et al. Articulação Intersetorial Entre Educação, Saúde E Políticas Públicas: Caminhos Institucionais Para A Redução Das Desigualdades E Promoção Da Equidade Social No Brasil. Revista Tópicos. 2026;4(32):1-22. doi:10.70773/revistatopicos/776787753

9. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: documento base para gestores e Trabalhadores do Sus. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

10. Andrade LCA, Medeiros RLSFM, Souza AC, OliveiraGS. Desigualdade de Gênero na Atenção Primária à Saúde. Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação. 2025;11(12):3357-3369. doi: 10.51891/Rease.V11i12.23152

11. Silva KL, Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciência & saúde coletiva. 2014;19:4361-4370. doi: 10.1590/1413-812320141911.10042014

12. Novaes MO, Lira LN. Advances and Challenges of the National Policy for Comprehensive LGBT Health Care. Saúde. com. 2025;21(2):156-168. doi: https://doi.org/10.22481/rsc.v16i4.17110

SABERES ANCESTRAIS E CUIDADO NO SUS: VIVÊNCIA DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA NA I FEIRA DE SAÚDE EM TERREIRO NO RECIFE

Mayara Figueira Souto[1]
Aline de Oliveira Cordeiro[1]
Maria Marcella Baltar dos Santos de Oliveira[2]
Keren-Hapuque Costa Xavier Lins[3]
Roberta Corrêa de Araujo de Amorim[3]

[1]Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Secretaria de Saúde do Recife, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap36

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída em 2009, representa um marco no enfrentamento do racismo institucional ao reconhecer as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais da saúde. Este estudo apresenta um relato de experiência sobre a I Feira de Saúde: Saberes Ancestrais dos Terreiros e o Cuidado na Atenção Primária à Saúde, realizada em Recife/PE, evidenciando a integração entre o Sistema Único de Saúde e os territórios de matriz africana. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, desenvolvida a partir da atuação de residentes

em Saúde Coletiva na Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco, inseridos no processo de articulação interfederativa, planejamento e organização do evento. A feira possibilitou a ampliação do acesso a ações assistenciais, preventivas e educativas, incluindo vacinação, testagens rápidas, atendimentos especializados e orientações em saúde, associadas à valorização de práticas integrativas e saberes tradicionais. Ademais, incorporou atividades culturais, rodas de diálogo e iniciativas de afroempreendedorismo, fortalecendo o vínculo entre cuidado, território e identidade cultural. Os resultados evidenciam maior adesão da população e redução de barreiras de acesso, especialmente aquelas relacionadas ao racismo institucional. Conclui-se que a articulação entre políticas públicas, saberes ancestrais e práticas culturais contribui para a promoção da equidade em saúde, embora persistam desafios quanto à sustentabilidade e institucionalização dessas ações na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chaves: Equidade, População negra; Saberes ancestrais

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída em 2009[1], representando um marco fundamental no combate ao racismo institucional e no reconhecimento de que as desigualdades étnico-raciais são determinantes sociais que impactam diretamente a saúde. Este relato explora a promoção da equidade por meio do diálogo entre saber científico e práticas tradicionais, tendo como exemplo a I Feira de Saúde: Saberes Ancestrais dos Terreiros e o Cuidado na Atenção Primária à Saúde.

A iniciativa histórica do Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, sendo o Recife a primeira cidade do Brasil a receber o circuito nacional deste projeto e realizado no Terreiro Ilê Axé Obá Xangô, no bairro de Casa Amarela, no Distrito Sanitário III do Recife, em maio de 2026.

A feira constituiu um espaço de acolhimento voltado a mitigar barreiras históricas e culturais e ampliar o acesso aos serviços públi-

cos, mobilizando desde a oferta de atendimentos biomédicos e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)[2] até a realização de rodas de diálogo voltadas à promoção da saúde, equidade racial, direitos dos povos tradicionais e saberes ancestrais, reafirmando o compromisso com um cuidado integral e humanizado[3].

Essa integração entre o SUS e os territórios de matriz africana e afro-indígena encontra amparo legal na Resolução nº 715/2023 do Conselho Nacional de Saúde[4], que reconhece os terreiros como equipamentos promotores de saúde e pontos de cuidado complementar. Ao validar tais saberes e práticas como política pública, o Estado brasileiro avança na garantia de direitos e na construção de um sistema de saúde que respeita a ancestralidade e a identidade do seu povo.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa e descritiva, construído a partir da atuação de residentes em Saúde Coletiva alocados no Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP/PE) da Superintendência do Ministério da Saúde em Pernambuco (SMSA/PE). A experiência desenvolveu-se por meio da inserção dos residentes nas reuniões de planejamento que antecederam o evento, com participação ativa no apoio à organização logística e institucional da feira, além do envolvimento nos processos relacionados à gestão interfederativa.

O percurso metodológico compreendeu três etapas: 1) Acompanhamento do processo de articulação promovido pelo SEINP/PE entre a Coordenação-Geral de Atenção à Saúde da População Negra (CGAPN) do Ministério da Saúde e as gestões estadual e municipal da Política de Saúde da População Negra; 2) Participação e observação das atividades desenvolvidas durante o evento, incluindo o fluxo de serviços ofertados e as mesas de diálogo; e 3) Sistematização de registros de campo acerca das dinâmicas de acolhimento, práticas de cuidado e expressões de resistência cultural vivenciadas no território, cujos dados ancoraram a análise crítica da experiência.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A I Feira de Saúde no Terreiro Ilê Axé Obá Xangô resultou na ampliação do acesso a ações assistenciais, preventivas, educativas e culturais voltadas à comunidade de terreiro e à população do entorno. Os serviços de cidadania, educação em saúde e valorização cultural permaneceram disponíveis de forma contínua ao longo de todo o evento, ocupando a rua onde o terreiro está localizado.

Na área assistencial, foram realizados 123 procedimentos de vacinação, 81 testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), 23 atendimentos dermatológicos de investigação de hanseníase e 80 exames de mamografia. Também foram desenvolvidas ações educativas de prevenção e controle de arboviroses e orientações em saúde bucal (Figura 1).

Figura 1. Educação em saúde bucal para crianças do terreiro.



Fonte: Acervo pessoal (2026).

As atividades culturais e de fomento ao afroempreendedorismo incluíram a comercialização de culinária afro-brasileira e de acessórios afro, associadas a um espaço infantil com oficinas gratuitas de confecção de bonecas abayomi e contação de histórias. Foram disponibilizadas orientações sobre o uso tradicional de plantas medicinais (Figura 2) para a preparação de banhos, sabonetes naturais e chás, além de exposições fotográficas sobre a história e tradições do Terreiro e a mostra "*Marmo: o ofá cuja voz ecoa*", que retrata a trajetória do Ogan Marmo na Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO)[5]. O evento contou ainda com apresentações de grupos locais, a exemplo do maracatu, articulando cuidado, ancestralidade, cultura e geração de renda.

Figura 2. Orientações sobre plantas medicinais.



Fonte: Acervo pessoal (2026).

A Feira também promoveu três mesas (Figura 3) que reuniram gestores federais, estaduais e municipais, representantes da socie-

dade civil, lideranças religiosas e instituições como o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN)[6], dialogando a saúde da população negra e de terreiro, os direitos e o enfrentamento ao racismo religioso, e os saberes e práticas tradicionais de cuidado. Esses espaços favorecem a construção coletiva de ações de combate ao racismo institucional e religioso, fortalecendo os direitos culturais e as políticas públicas de equidade, ampliando assim a visibilidade da PNSIPN[7].

Figura 3. Mesa de abertura.



Fonte: Acervo pessoal (2026).

Outro resultado relevante foi o fortalecimento da articulação interfederativa e intersetorial, coordenada pela SMSA/PE, que possibilitou integrar diferentes políticas e setores como: saúde, cultura e direitos humanos, em uma ação concreta no território, contribuindo para consolidar Recife como experiência pioneira na implementação de estratégias inovadoras voltadas à equidade racial em saúde[8].

DISCUSSÃO

Além dos dados quantitativos, destaca-se a expressiva adesão da população do território ao evento, sinalizando a redução de barreiras históricas de acesso aos serviços de saúde, especialmente aquelas relacionadas ao racismo institucional e à inadequação cultural das práticas de cuidado. Evidenciou-se que a promoção da equidade em saúde requer a incorporação de perspectivas culturais, territoriais e históricas no cuidado. A integração de saberes ancestrais ao SUS amplia a integralidade da assistência, ao ir além do modelo biomédico tradicional e incluir dimensões simbólicas, espirituais e comunitárias no processo saúde-doença.

Entretanto, o racismo religioso e institucional permanece como desafio estruturante, exigindo políticas públicas transversais e comprometidas com a equidade[9,10]. Reduzir as desigualdades de acesso requer proteger e valorizar as tradições de matriz africana, reconhecendo seu papel na constituição da identidade e do conhecimento, não apenas fortalecendo a promoção da saúde, mas também reafirmando o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida de forma inclusiva, equânime e culturalmente sensível.

Outro desafio refere-se à sustentabilidade e à continuidade dessas ações. Embora exitosas, iniciativas como a Feira correm o risco de permanecerem restritas a experiências pontuais caso não sejam incorporadas de maneira estruturante às políticas e às rotinas da Atenção Primária à Saúde. A institucionalização dessas práticas requer financiamento contínuo, planejamento estratégico, articulação intersetorial, fortalecimento do controle social e a participação ativa das comunidades de terreiro nos processos decisórios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da Feira de Saúde em Recife-PE materializou a viabilidade de um SUS que dialoga com as comunidades tradicionais, transformando diretrizes de equidade em ações práticas

de descolonização do cuidado. Ao integrar os serviços à potência das práticas tradicionais, o evento reduziu barreiras históricas de acesso para a população negra e legitimou o terreiro como espaço promotor de acolhimento e saúde.

Para a formação dos residentes, a vivência proporcionou um aprendizado prático e contextualizado, transpondo a teoria das políticas públicas para a prática da gestão intersetorial. A experiência de articular diferentes níveis de governo, em torno de um objetivo comum no território, consolidou uma visão ampliada sobre a "gestão do cuidado". Essa experiência reafirma a necessidade de uma formação em saúde que seja territorializada, culturalmente referenciada e engajada na luta antirracista e na defesa de um SUS universal e plural.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 2009 maio 14; Seção 1.
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
4. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 715, de 9 de novembro de 2023. Institui diretrizes para o reconhecimento dos terreiros de religiões de matriz africana como equipamentos promotores de saúde. Diário Oficial da União. 2023 nov 10; Seção 1.
5. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz inaugura exposição Marmo: o ofá cuja voz ecoa [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024 [citado 2026 maio 28]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-inaugura-exposicao-marmo-o-ofa-cuja-voz-ecoa.
6. Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Iphan lança campanha pela proteção do patrimônio contra discriminação [Internet]. Brasília: Iphan; 2025 [citado 2026 maio 28]. Disponível em: https://www.gov.br/iphan/pt-br/assuntos/noticias/iphan-lanca-campanha-pela-protecao-do-patrimonio-contra-discriminacao.

7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.

8. Secretaria Municipal de Saúde (Recife). Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da População Negra. Recife: Secretaria Municipal de Saúde; 2006.

9. Nascimento WF, Silva JM. A Saúde desde os Terreiros: desafios da política nacional de saúde integral da população negra na perspectiva das religiões de matrizes africanas. revistacalundu [Internet]. 2023 ;6(2):5-18. doi: 10.26512/revistacalundu.v6i2.46421.

10. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc. 2016 set;25(3):535-549. doi:10.1590/S0104-129020162610.

37 ENTRE O CUIDADO E O BURNOUT DA MÃE ATÍPICA: A TELEPSIQUIATRIA ENQUANTO RECURSO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS NEURODIVERGENTES

Maria Gabriela Amorim da Silva[1]
Bruna Rafaela Dornelas de Andrade Lima Monteiro[2]
Bruno de Sá Concerva[3]
Moara Maria Silva Cardozo[4]
Adrianne de Carvalho Lira[2]

[1]Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
[2]Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[3]Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil
[4]Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap37

RESUMO

O aumento da prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem ampliado a demanda por serviços especializados e evidenciado a necessidade de estratégias que contemplem não apenas a pessoa autista, mas também seus familiares e cuidadores. Estudos demonstram que cuidadores de pessoas com TEA apresentam maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico, com elevados níveis de estresse, ansiedade, depressão e esgotamento emocional. Nesse contexto, a TelePsiquiatria surge como ferramenta capaz de ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental e reduzir barreiras assistenciais. Este estudo objetiva descrever a implantação da estra-

tégia “TeleAssistência ao Cuidador-TEA” e discutir seu potencial para ampliar o acesso prioritário à atenção em saúde mental de familiares de pessoas com autismo. Trata-se de um Relato de experiência referente à implementação do programa pela TelePsiquiatria da Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco. Inicialmente desenvolvido em seis municípios selecionados segundo critérios de equidade, o projeto foi estruturado em três eixos complementares: TeleAmbulatório prioritário para cuidadores, TeleMonitoramento articulado à rede local de saúde e grupos mensais de TeleManejo Parental voltados à psicoeducação e ao fortalecimento das competências familiares. Espera-se ampliar o acesso ao atendimento especializado em saúde mental, reduzir barreiras geográficas e assistenciais, fortalecer a articulação entre TelePsiquiatria e rede territorial de saúde e favorecer a identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico. Adicionalmente, projeta-se redução da sobrecarga emocional dos cuidadores, aumento da eficácia parental e fortalecimento da adesão às terapias. A saúde mental dos cuidadores constitui componente essencial da linha de cuidado do autismo. A “TeleAssistência ao Cuidador-TEA” representa estratégia inovadora de cuidado ampliado, contribuindo para o acolhimento, a garantia de direitos e a qualificação da assistência às pessoas com TEA.

Palavras-chave: Autismo, TeleAssistência, Burnout materno, Neurodiversidade

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) consiste em uma condição neurobiológica de forte componente genético, que se apresenta durante a Primeira Infância e de curso vitalício (acompanha o indivíduo durante toda a vida)[1]. Nas últimas décadas, o aumento da prevalência dos diagnósticos tem ampliado a demanda por serviços especializados e imposto novos desafios à organização das redes de atenção à saúde, exigindo estratégias capazes de

garantir assistência integral e longitudinal às pessoas autistas e suas famílias[2-6].

Dados do Censo Demográfico de 2022 apontam que mais de 61 mil pessoas em Pernambuco declararam possuir diagnóstico de TEA, evidenciando a relevância epidemiológica da condição no estado e a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à atenção dessa população[7]. Nesse contexto, destaca-se o papel desempenhado pelos familiares cuidadores, responsáveis por grande parte da coordenação do cuidado, acompanhamento terapêutico e articulação entre os diferentes serviços que compõem a rede assistencial.

Entre os cuidadores, as mães frequentemente assumem posição central na condução dos cuidados, acumulando responsabilidades relacionadas ao acompanhamento clínico, suporte educacional e gestão das atividades cotidianas da criança[8]. A sobrecarga decorrente dessas atribuições pode resultar em significativo desgaste emocional e aumentar a vulnerabilidade ao adoecimento psíquico. Apesar disso, o sofrimento mental vivenciado por essa população ainda tende a ser naturalizado ou invisibilizado nos serviços de saúde, dificultando o acesso oportuno ao cuidado especializado[9,10].

Nesse cenário, a TelePsiquiatria apresenta-se como ferramenta estratégica para ampliar o acesso à atenção em saúde mental, especialmente em territórios com limitações de oferta assistencial ou barreiras geográficas[1]. Além de reduzir deslocamentos e facilitar o acesso aos serviços especializados, as tecnologias de teleassistência favorecem a integração entre os diferentes pontos da rede de atenção e possibilitam intervenções mais precoces e contínuas.

Com o objetivo de fortalecer o cuidado às famílias neurodivergentes, a TelePsiquiatria da Central de Regulação Hospitalar de Pernambuco idealizou o programa "TeleAssistência ao Cuidador-TEA", iniciativa voltada à ampliação do acesso prioritário à atenção em saúde mental para familiares de pessoas com autismo. A proposta fundamenta-se no reconhecimento de que a saúde mental dos cuidadores constitui elemento essencial para a efetivi-

dade das intervenções terapêuticas e para a integralidade da linha de cuidado do TEA, incorporando o princípio de que cuidar da pessoa autista implica, necessariamente, cuidar também de quem exerce o papel de cuidador.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência referente à implantação do programa "**TeleAssistência ao Cuidador-TEA**", desenvolvido pela TelePsiquiatria da Central de Regulação Hospitalar (CRH) de Pernambuco, com o objetivo de ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental para familiares de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A estratégia encontra-se em fase inicial de implementação e contempla, inicialmente, seis municípios pernambucanos selecionados segundo critérios de equidade, priorizando territórios com maiores fragilidades na oferta de assistência especializada às pessoas com autismo.

A proposta fundamenta-se na Lei Estadual nº 15.487/2015, que assegura atendimento prioritário às famílias de pessoas com deficiência, e estrutura-se em três eixos assistenciais integrados:

1. **TeleAmbulatório para Cuidador-TEA:** destinado à oferta de consultas psiquiátricas remotas para cuidadores com necessidade de acompanhamento especializado, mediante encaminhamento da rede municipal de saúde ou identificação de sofrimento psíquico durante as atividades coletivas;
2. **TeleMonitoramento do Cuidador-TEA:** ao indivíduo assistido no TeleAmbulatório "Cuidador-TEA", será realizado monitoramento assistencial, via estreita articulação com o território (ligações telefônicas/ chamadas de vídeo). O contato se dá entre TelePsiquiatra e município de origem: médico/ enfermeiro da Equipe de Saúde da Família (ESF) ou profissional de Saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);

3. **TeleManejo Parental:** atendimento remoto e mensal, em grupo, para familiares de pessoas com Autismo, visando Psicoeducação sobre a temática da Neurodiversidade, através de link para videochamada (data/ hora previamente agendadas). TelePsiquiatra como terapeuta principal (conduz grupo) e um representante do município participante como co-terapeuta e responsável por eleger (e divulgar), a nível territorial, o local mais adequado para a ação. O ideal funcionamento demanda: espaço físico que comporte projetor de tela, bom sinal de internet e estímulo ao engajamento das famílias neurodivergentes da comunidade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Lei nº 12.764/ 2012 - Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA - assegura às pessoas com Autismo acesso à Saúde, Educação, Assistência Social e Inclusão plena, devendo o Estado garantir ações integradas e intersetoriais, em todas as fases da vida. Certamente, não há como promover tais direitos às crianças neurodivergentes na ausência da intensa participação ativa do Cuidador-TEA.

É preciso ter em mente que receber o diagnóstico de Autismo é algo que muda a vida da criança (e de toda a família). A "TeleAssistência ao cuidador-TEA" nasce do olhar empático e da sensibilidade da equipe de TelePsiquiatria da CRH, para expandir as fronteiras do cuidado, implementando ações assistenciais que atinjam, também, famílias, de maneira direta e assertiva.

Ao lançar mão da TeleAssistência, deslocamentos são reduzidos, vazios assistenciais são combatidos e o acesso a consultas ambulatoriais de Saúde Mental é verdadeiramente ampliado. Através do TeleMonitoramento, é possível atender o Cuidado-TEA com celeridade (o que evita cristalização de sintomas) e é oportunizado o Continuado Integral e Continuado.

DISCUSSÃO

O diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista representa um evento de grande impacto para a dinâmica familiar, exigindo adaptações que transcendem o campo clínico e alcançam dimensões sociais, emocionais, educacionais e econômicas. A necessidade de acompanhamento terapêutico contínuo, associada à complexidade das demandas apresentadas pelas pessoas com TEA, frequentemente impõe aos familiares cuidadores uma carga assistencial elevada e prolongada[8].

A literatura científica demonstra que cuidadores de pessoas com autismo apresentam maior prevalência de sofrimento psíquico quando comparados à população geral, incluindo níveis mais elevados de estresse, ansiedade, sintomas depressivos e comprometimento da qualidade de vida[9,10]. Esse cenário é particularmente relevante entre as mães, que frequentemente assumem papel central na coordenação dos cuidados e na articulação entre os diversos serviços que compõem a rede de atenção à saúde.

É preciso destacar os vários fatores de risco para maior adoecimento psíquico no Cuidador-TEA, em comparação à população em geral: menos tempo destinado ao autocuidado (consequente comprometimento da saúde física/ emocional), excesso de atividades simultâneas (que levam à exaustão/ Burnout Materno) e necessidade de franca reorganização da rotina familiar, frente às abordagens terapêuticas, intensas e diárias, a que a pessoa com Autismo é submetida.

Através dos 3 eixos assistenciais (TeleAmbulatório/ TeleMonitoramento e TeleManejo Parental) é possível, então, reduzir o adoecimento metal e elevar a qualidade de vida das famílias neurodivergentes, além de combater o capacitismo (preconceito/ discriminação contra a pessoa com deficiência).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Criança neurodivergente exige atenção parental intensiva, que ultrapassa o campo emocional e repercute nas esferas laboral,

econômica e social. Dessa forma, promover o cuidado de uma criança com TEA exige, necessariamente, apoiar, também, o Cuidador, garantindo-lhe condições emocionais mínimas para enfrentar desafios diários.

A experiência da "TeleAssistência ao Cuidador-TEA" demonstra o potencial da TelePsiquiatria para ampliar o acesso ao cuidado especializado, reduzir barreiras geográficas e fortalecer a articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Ao reconhecer os familiares cuidadores como sujeitos de cuidado e destinatários legítimos das ações assistenciais, a iniciativa contribui para a redução da invisibilidade historicamente associada a essa população.

Quando se trata especialmente do TEA, cuidar da Saúde Mental do cuidador mostrou-se não ser medida periférica, mas pilar essencial da assistência, uma vez que contribui para a diminuir estresse crônico, aumentar autoconfiança/ eficácia parental e fortalecer a adesão às terapêuticas prescritas.

Conclui-se que a "TeleAssistência ao Cuidador-TEA" representa uma inovação assistencial alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, constituindo uma estratégia promissora para qualificar o cuidado às famílias neurodivergentes e fortalecer as políticas públicas voltadas ao autismo no estado de Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Ludwig NN, Child AE, Jashar DT, Mostow AJ, Wodka EL. Telehealth diagnosis of autism spectrum disorder through clinical cases. Clin Neuropsychol. 2021;35(7):1-21.
2. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Comissão Intergestores Bipartite. Linha de cuidado integral à pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) no ciclo de vida [Internet]. Fortaleza: SESA-CE; 2024 [citado 2026 jun 15]. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/01/RESOLUCAO-291-ANEXO-Linha-de-Cuid-Integral-a-Pes-c-Transtorno-do-Especto-Autista-TEA.pdf

3. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015 [citado 2026 jun 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_pessoas_tea.pdf

4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2024-2027 [Internet]. Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2024 [citado 2026 jun 15]. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/plano_estadual_de_saude_pes_2024_2027.pdf

5. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Avaliação e atendimento à pessoa com transtorno do espectro do autismo (TEA): linha de cuidado à saúde da pessoa com deficiência na Rede de Atenção à Saúde do Paraná [Internet]. 1. ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2023 [citado 2026 jun 15]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2023-02/1a_edicao.pdf

6. Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo de funcionamento dos serviços especializados de reabilitação em deficiência intelectual e transtorno do espectro autista (SERDIA) do Espírito Santo [Internet]. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde; 2023 [citado 2026 jun 15]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20Gestores/PROTOCOLO_SERDIA_VERS%C3%83O_SESA_Vers%C3%A3o_Final.pdf

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: resultados preliminares da amostra [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [citado 2026 jun 15]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br

8. Rios C, Camargo KR Jr. Especialismo, especificidade e identidade: as controvérsias em torno do autismo no SUS. Cien Saude Colet. 2019;24(3):1111-20. doi:10.1590/1413-81232018243.07862017.

9. Flores MR, Smeha LN. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. Agora (Rio J). 2013;16(1):141-57. doi:10.1590/S1516-14982013000100008.

10. Oliveira IF, Lima JCB, Silva RCS, Gomes RT, Costa TMB, Silva ACS. O cuidado primário para as crianças com autismo na saúde brasileira. Saude Colet.2021;11(68):6794-803.doi:10.36489/saude-coletiva.2021v11i68p6794-6803.

CONFLITO ENTRE A PRESERVAÇÃO DO TERRITÓRIO QUILOMBOLA E A EXPANSÃO IMOBILIÁRIA URBANA: RESISTÊNCIA DA COMUNIDADE DO CASTAINHO EM PERNAMBUCO

Miqueline Correia de Melo[1]
Sidrielly Cecília Clarice de Assunção[2]
Rodrigo Sales Queiroz[3]

[1]Secretaria Estadual de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil
[2]Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco,Brasil
[3]Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap38

RESUMO

O presente estudo analisa os conflitos entre a preservação do território quilombola da Comunidade do Castainho, localizada em Garanhuns, Pernambuco, e o avanço da expansão imobiliária urbana. A pesquisa discute como a especulação imobiliária e a urbanização desordenada ameaçam os modos de vida tradicionais, a autonomia territorial e a sustentabilidade econômica da comunidade. Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido entre maio e agosto de 2024, a partir de visitas domiciliares, reuniões comunitárias e aplicação da técnica da árvore das questões, articulada às discussões da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Coletiva com Ênfase em Agroecologia da Universidade de Pernambuco. Os resultados evidenciam que a redução histórica do território

quilombola, associada à ausência de políticas públicas efetivas e à morosidade na regularização fundiária, intensifica vulnerabilidades sociais, jurídicas e culturais. O estudo também demonstra que a resistência da comunidade representa uma luta pela permanência territorial, preservação cultural e enfrentamento às desigualdades estruturais historicamente impostas às populações quilombolas. Conclui-se que o fortalecimento das políticas públicas de proteção territorial e o reconhecimento das especificidades culturais dessas populações são fundamentais para a promoção da justiça social e do desenvolvimento sustentável.

Palavras-chave: Territórios quilombolas, Especulação imobiliária, Resistência territorial, Urbanização, Justiça social

INTRODUÇÃO

Os territórios quilombolas representam espaços de resistência histórica, cultural e política construídos por populações negras descendentes de africanos escravizados. Além de seu significado identitário, esses territórios constituem formas próprias de organização social, econômica e cultural, articuladas à ancestralidade, à coletividade e à relação sustentável com a terra[1,2]. Apesar do reconhecimento constitucional garantido pelo artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988, a efetivação do direito territorial das comunidades quilombolas ainda enfrenta inúmeros obstáculos, especialmente relacionados à especulação imobiliária, à insegurança fundiária e à expansão urbana desordenada[3].

Nesse contexto, a Comunidade Quilombola do Castainho, localizada no município de Garanhuns, Pernambuco, evidencia os conflitos existentes entre os interesses econômicos vinculados à valorização imobiliária e a permanência dos modos de vida tradicionais. Historicamente marcada pela redução de seu território e por processos de invisibilização social, a comunidade enfrenta pressões decorrentes do crescimento urbano e

da mercantilização da terra, que ameaçam sua continuidade territorial e cultural[4,5].

A análise desse processo pode ser compreendida à luz de referenciais críticos que discutem as desigualdades estruturais produzidas pelo capitalismo e pela urbanização contemporânea. Autores como Karl Marx, Antonio Gramsci e David Harvey subsidiam a compreensão das disputas territoriais como expressões das relações de poder, da acumulação de capital e da hegemonia ideológica que naturaliza determinados projetos de desenvolvimento urbano[6-8]. Da mesma forma, Milton Santos e Raúl Zibechi contribuem para a reflexão acerca da territorialidade, da exclusão social e das resistências construídas pelas populações tradicionais diante da lógica globalizada de produção do espaço urbano[9-11].

Dessa forma, o presente estudo objetiva analisar como a especulação imobiliária ameaça os territórios quilombolas, tomando como referência a Comunidade do Castainho, evidenciando seus impactos sobre a permanência territorial, os modos de vida tradicionais e os processos de resistência comunitária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido entre os meses de maio e agosto de 2024, na Comunidade Quilombola do Castainho, localizada no município de Garanhuns, Pernambuco. A pesquisa foi construída no contexto das atividades da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Coletiva com Ênfase em Agroecologia da Universidade de Pernambuco (UPE), especialmente vinculada à disciplina Estado, Sociedade e Políticas Públicas.

A produção das informações ocorreu por meio de visitas domiciliares, observação do território, diálogos com moradores e reuniões comunitárias.

Utilizou-se a técnica da árvore das questões como ferramenta de problematização e identificação dos principais desafios enfrentados pela comunidade, permitindo compreender as relações

entre causas estruturais, impactos sociais e formas de resistência territorial[4].

A análise dos dados foi fundamentada em referenciais críticos sobre território, urbanização, desigualdade social e conflitos fundiários, articulando contribuições teóricas de Marx, Gramsci, Harvey, Milton Santos e Zibechi[6-11], sem atribuir de forma literal às obras desses autores situações específicas do território estudado, mas utilizando seus conceitos como suporte analítico para interpretação da realidade observada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A intensificação da expansão urbana na região, especialmente a partir da década de 1980, ampliou as pressões sobre o território quilombola. A valorização imobiliária e os interesses econômicos relacionados à ocupação urbana passaram a ameaçar diretamente a permanência da comunidade, favorecendo conflitos fundiários e tentativas de descaracterização do território tradicional[4].

Esses conflitos se expressam por meio da contestação dos limites territoriais reivindicados pela comunidade, da pressão exercida por ocupações vizinhas e das disputas envolvendo o reconhecimento da posse e do uso tradicional da terra, fatores que contribuem para a manutenção da insegurança jurídica enfrentada pelos moradores.

Durante as atividades realizadas no território, observou-se que a insegurança jurídica permanece como um dos principais fatores de vulnerabilidade da comunidade. A demora nos processos de titulação e a fragilidade das políticas públicas voltadas à proteção territorial dificultam a garantia efetiva dos direitos quilombolas[3,12]. Além disso, os moradores relataram preocupações relacionadas à perda da identidade cultural, à diminuição das áreas agricultáveis e à descaracterização dos modos de vida tradicionais.

A experiência também evidenciou a importância da organização comunitária como estratégia de resistência. A atuação da Associação de Moradores do Castainho, articulada ao apoio de

movimentos sociais, instituições públicas e organizações de defesa dos direitos humanos, foi fundamental para fortalecer as reivindicações territoriais e garantir avanços no reconhecimento oficial da comunidade[5,12].

Outro aspecto identificado refere-se aos impactos ambientais decorrentes da urbanização desordenada. A redução de áreas verdes, as alterações no uso do solo e a pressão sobre recursos naturais comprometem práticas produtivas tradicionais e afetam a sustentabilidade econômica local, historicamente baseada na agricultura familiar e na relação coletiva com a terra[1,9].

DISCUSSÃO

Os conflitos vivenciados pela Comunidade Quilombola do Castainho refletem processos históricos de desigualdade racial, concentração fundiária e exclusão territorial presentes na formação social brasileira[13]. A expansão imobiliária sobre territórios tradicionais evidencia como a terra, dentro da lógica capitalista, passa a ser tratada predominantemente como mercadoria, subordinando direitos coletivos aos interesses econômicos[7,8].

A partir das contribuições teóricas de Marx, é possível compreender que os conflitos territoriais estão relacionados às dinâmicas de acumulação de capital e à expropriação de populações historicamente marginalizadas[6]. Nesse sentido, a especulação imobiliária atua como mecanismo contemporâneo de apropriação do espaço, favorecendo grupos economicamente dominantes em detrimento das comunidades tradicionais.

David Harvey amplia essa discussão ao abordar o concept de "acumulação por despossessão", evidenciando como os processos de urbanização frequentemente ocorrem mediante expulsão, precarização e invisibilização de grupos sociais vulnerabilizados[8]. No caso do Castainho, observa-se que a valorização imobiliária da região produz pressões permanentes sobre o território quilombola, comprometendo a autonomia comunitária e fragilizando os modos de vida tradicionais.

As reflexões de Gramsci também contribuem para compreender como determinados discursos sobre progresso, modernização e desenvolvimento urbano são utilizados para legitimar a expansão imobiliária e desqualificar formas tradicionais de ocupação do território[7]. Essa hegemonia ideológica tende a invisibilizar os direitos históricos das comunidades quilombolas e naturalizar processos de exclusão social.

Milton Santos permite analisar o território para além de sua dimensão física, entendendo-o como espaço de vida, identidade e produção de relações sociais[9,10]. Dessa forma, a perda territorial vivenciada pela comunidade não representa apenas redução espacial, mas também ameaça à memória coletiva, à organização comunitária e à reprodução cultural. Em consonância, Raúl Zibechi destaca que os territórios tradicionais constituem espaços de resistência frente às formas hegemônicas de organização econômica e social[11].

Além disso, os resultados demonstram que a ausência de políticas públicas efetivas aprofunda vulnerabilidades históricas. A morosidade na titulação das terras quilombolas, associada à insuficiência de mecanismos de proteção territorial, evidencia limitações institucionais que dificultam a garantia dos direitos constitucionais dessas populações[3,12].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade da Comunidade Quilombola do Castainho evidencia os conflitos existentes entre os interesses econômicos associados à expansão urbana e o direito das populações tradicionais à permanência em seus territórios. A especulação imobiliária e a urbanização desordenada configuram ameaças não apenas ao espaço físico da comunidade, mas também à sua identidade cultural, autonomia e sustentabilidade econômica[4,8].

A resistência quilombola observada no Castainho ultrapassa a defesa territorial, representando uma luta histórica pela preservação da memória, dos modos de vida tradicionais e da justiça

social[2,11]. Nesse contexto, torna-se indispensável o fortalecimento de políticas públicas voltadas à regularização fundiária, à proteção territorial e à valorização das especificidades culturais das comunidades quilombolas[3,12].

Também se faz necessária a ampliação de ações intersetoriais que promovam desenvolvimento sustentável, segurança jurídica e participação comunitária nos processos de planejamento urbano. O reconhecimento dos territórios quilombolas como espaços de produção de vida, cultura e resistência constitui elemento fundamental para o enfrentamento das desigualdades históricas e para a construção de uma sociedade socialmente mais justa e democrática[1,9].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida AWB. Terras de quilombo: terras comunais. 2ª ed. Manaus: PGSCA-UFAM; 2006.
2. Leite IL. O projeto político-cultural quilombola: desafios contemporâneos. Antropolítica. 2008;(25):19-42.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, Artigo 68. Brasília: Presidência da República; 1988.
4. Anjos RSA. Quilombolas: geografia africana no mapa do Brasil. Brasília: Mapas Editora e Consultoria; 2009.
5. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra). Portaria RTID nº 168, de 24 de julho de 2008. Reconhece e delimita as terras da Comunidade Remanescente de Quilombo Castainho, Município de Garanhuns, PE. Diário Oficial da União; 25 jul 2008.
6. Marx K. O Capital: crítica da economia política. Livro 1. São Paulo: Boitempo; 2013.
7. Gramsci A. Cadernos do cárcere. Volume 3: Maquiavel, as notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
8. Harvey D. O Novo Imperialismo. 8ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2014. (Capítulo 4: A acumulação por despossessão).
9. Santos M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 4ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.

10. Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 15ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2008.
11. Zibechi R. Territórios em resistência: cartografia política das periferias urbanas latino-americanas. Rio de Janeiro: Consequência; 2015.
12. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. Brasília: Presidência da República; 2003.
13. Moura C. Dialética da radicalização negra. São Paulo: Anita Garibaldi; 1994.



ISBN: 978-65-85710-26-8

CBL

9 786585 710268