PERSPECTIVAS DA INTEGRALIDADE NO SUS +



Organizadores

Joaquim Teixeira Netto
Valéria Teresa Saraiva Lino
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Débora da Silva Albani Martins

EDITORA IBERO-AMERICANA



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Perspectivas da integralidade no SUS [livro eletrônico] / organização Joaquim Teixeira Netto...[et al.] . -- Rio de Janeiro : Editora Ibero-americana de Educação, 2026.
PDF

Outros organizadores: Valéria Teresa Saraiva Lino, Ana Paula Menezes Bragança dos Santos, Débora da Silva Albani Martins.
Bibliografia.
ISBN 978-65-86839-51-7

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Cuidados paliativos 3. Saúde mental 4. Saúde pública 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Teixeira Netto, Joaquim. II. Lino, Valéria Teresa Saraiva. III. Santos, Ana Paula Menezes Bragança dos. IV. Martins, Débora da Silva Albani.

26-334132.0 CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Sistema Único de Saúde : Atenção básica : Brasil : Bem-estar social 362.10981

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

A todos(as) profissionais que contribuíram na caminhada da disciplina “Estudos de Integralidade: Tópicos Especiais da Atenção Básica”.

Conselho Editorial e Equipe Técnica

Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz
CEO e Founder - Editor

Editores Associados

Profa. Dra. Arielly Kizzy Cunha
FAAC/Unesp

Prof. Dr. Ivan Fortunato
Instituto Federal de São Paulo/Ufscar

Membros Equipe Técnica

Déborah Crivellari
Coordenadora de Projetos, Editora de textos, revisora e tradutora.

Juliany Ferreira Lisboa da Silva CRB/SP 011049/O
Vanessa de Paula Sales
Assistentes Editoriais e Bibliotecária

André Luís Cordeiro Lopes
Designer, Capista e Diagramador - Projeto Gráfico

Me. Pedro Surreaux
Revisor e tradutor

Me. Caio Augusto Martins Furtado
Editor, revisor e tradutor

Maycon Peter Fortunato Guerra
Estagiário

Comitê científico

Dra. Adriana Campani
UVA

Dr. Alfrâncio Ferreira Dias
UFS

Dra. Ana Paula Santana
UFSC

Me. Anaisa Alves de Moura
INTA - UNINTA

Dr. Ari Raimann
UFG

Dr. Breynner R. Oliveira
UFOP

Me. Caique Fernando da Silva Fistarol
FURB

Dra. Claudia Regina Mosca Giroto
Unesp

Dra. Cyntia Bailer
FURB

Dr. Eládio Sebastián Heredero
UFMS

Dra. Elisabete Cerutti
URI

Dr. Emerson Augusto de Medeiros
UFERSA

Dr. Fabiano Santos
UFMS

Dra. Fátima Elisabeth Denari (in memoriam)
UFSCar

Dra. Helen Silveira Jardim de Oliveira
UFRJ

Dra. Iracema Campos Cusati
UPE

Dra. Kellcia Rezende Souza
UFGD

Dra. Leonor Paniago Rocha
UFJ

Dra. Liliane Parreira Tannus Gontijo
UFU

Dra. Maíra Darido da Cunha
FABE

Prof. Dr. Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel
UCP

Dra. Maria Luiza Cardinale Baptista
UCS

Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy
FCLAr (Unesp) – UFSCar

Dra. Marta Furlan de Oliveira
UEL

Dra. Marta Silene Ferreira de Barros
UEL

Dra. Mirlene Ferreira Macedo Damázio
UFGD

Dr. Osmar Hélio Araújo
UFPB

Dra. Rosebelly Nunes Marques
Esalq (USP)

Dra. Sandra Pottmeier
UFSC

Dr. Sebastião de Souza Lemes
FCLAr (Unesp)

Dra. Shirlei de Souza Corrêa
Uniavan

Dr. Washington Cesar Shoite Nozu
UFGD

Comitê Internacional

Dr. Sidclay Bezerra de Souza
Universidad Católica del Maule

Dr. João Carlos Relvão Caetano
Universidade Aberta

Dr. Marc Marie Luc Philippe Jacquinet
Universidade Aberta

Nota do Publisher

A saúde não é um conceito estático, muito menos um fim; é um processo dinâmico que exige, acima de tudo, um olhar atento à totalidade da experiência humana. Com essa premissa, apresentamos esta obra, que mergulha no conceito de integralidade, um dos pilares mais humanos e, simultaneamente, mais desafiadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os capítulos que compõem este volume não buscam descrever fluxos de atendimento. Eles exploram a multiplicidade de realidades que batem à porta do sistema público todos os dias.

Pelo compromisso com o presente e com o futuro, aceitam o desafio e a complexidade da integralidade — que só acontece quando o sistema se recusa a ignorar as especificidades de quem é historicamente subjugado — como um combustível para a melhoria constante, e não como um impeditivo.

Além disso, a obra também nos apresenta a amplitude do cuidado, pois transita desde o atendimento pré-hospitalar móvel até a telessaúde, provando que a tecnologia e a urgência podem (e devem) manter sua base humanizada.

Como editores, compreendemos que formatar e revisar um conteúdo desta natureza foi além da técnica bibliográfica; foi a oportunidade de participar de um manifesto sobre o que é essencial: a união de todos os recursos necessários para garantir que cada indivíduo desfrute de dignidade e qualidade de vida. O livro reforça um dos princípios do SUS, o atendimento integral, fortalecendo

seu compromisso de não se submeter às agressões da desigualdade social.

Entregamos este livro a leitoras e leitores dos mais variados segmentos, com a certeza de que a leitura despertará não apenas o conhecimento teórico e o funcionamento do SUS, mas a responsabilidade ética de ver o outro em sua completude.

Boa leitura!

Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz
CEO e Founder

Déborah Ramos Crivellari
Gestora de Projetos

Vanessa de Paula Sales
Assistente editorial

Sumário

Prefácio 12

Apresentação 16

CAPÍTULO 1

INTEGRALIDADE E RAS NO SUS 22

Introdução 23

Integralidade 25

Redes de Atenção à Saúde (RAS) 28

Considerações finais 36

Referências 37

CAPÍTULO 2

A ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: DISPOSITIVO DA INTEGRALIDADE NO SUS 43

Introdução 44

O papel do SAMU na integralidade em saúde 45

Impacto na qualidade do atendimento 49

Desafios do SAMU 54

Considerações finais 57

Referências 59

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO PRIMÁRIA E CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR INTEGRAL PARA O CUIDADO EM SAÚDE 64

Introdução 65

A importância dos cuidados paliativos na atenção primária para a promoção da integralidade do cuidado 66

A urgência dos cuidados paliativos como necessidade de integralidade e os desafios na construção de seu aparato legal 74

Considerações finais 77

Referências....78

CAPÍTULO 4

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: O PAPEL DAS COMUNIDADES COMPASSIVAS....80

Introdução....81

Cuidados paliativos....83

Comunidade Compassiva....89

Considerações finais....93

Referências....94

CAPÍTULO 5

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS....98

Introdução....99

Desenvolvimento....100

A oferta de um cuidado integral....101

O cuidado integral em saúde mental na APS....103

Principais desafios para o cuidado integral em saúde mental na Atenção Primária....105

Considerações finais....107

Referências....108

CAPÍTULO 6

INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+....111

Políticas públicas de saúde e direitos LGBTQIAPN+....112

Saúde, interseccionalidade e integralidade da população LGBTQIAPN+....114

Integralidade e saúde mental LGBTQIAPN+....121

Considerações finais....124

Referência....125

CAPÍTULO 7

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES IMIGRANTES NO BRASIL 128

Introdução 129

O princípio da integralidade no SUS 130

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) 133

A feminização das migrações no Brasil 134

Desafios e estratégias para a integralidade na atenção à saúde de mulheres imigrantes 135

Construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde de Imigrante 139

Considerações finais 141

Referências 143

CAPÍTULO 8

MULHERES TRABALHADORAS E OS ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE POSSIBILIDADES AFIRMATIVAS NO AMBIENTE DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS E DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE 146

Introdução 147

Desenvolvimento 150

Considerações finais 155

Referências 157

CAPÍTULO 9

SENTIDOS DE INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE TELESSAÚDE NA APS: UM OLHAR SOBRE POLÍTICAS, GESTÃO E CUIDADO 163

Introdução 164

As múltiplas dimensões da integralidade 167
Atenção primária à saúde no SUS 168
Os sentidos de integralidade nas políticas, na gestão e nas práticas de cuidado na telessaúde na APS 171
Considerações finais 181
Agradecimentos 183
Referências 183
SOBRE OS AUTORES 190

Prefácio

Escrevo neste espaço por ter sido a primeira coordenadora da disciplina *Estudos de Integralidade: Tópicos Especiais da Atenção Básica*, disponível como disciplina eletiva para os alunos de mestrado e doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Foi proposta em 2012 apenas com o nome *Estudos de Integralidade*. Este potente princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) havia sido explorado no meu recente doutorado e, como pesquisadora permanente do Programa, fez sentido aproveitar a oportunidade de continuar a estudar a Integralidade, agora como professora e não mais como aluna. Convidei o professor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Carlos Eduardo Estelita-Lins (médico e filósofo) para organizar comigo a disciplina. Por três anos discutimos o sentido relacional da integralidade, considerando o encontro profissional-paciente através da filosofia, aprofundando a noção de cuidado. Nesta época, os residentes médicos da ENSP de Medicina de Família e Comunidade eram alunos(as) da disciplina, junto aos mestrandos e doutorandos da ENSP e ICICT. A experiência com os residentes da Estratégia Saúde da Família nos inspirou a centrar a discussão da disciplina na Atenção Primária em Saúde (APS), alterando o nome para *Estudos de Integralidade: Tópicos Especiais da Atenção Básica*. A partir deste momento, assumo sozinha a disciplina e começo a convidar para as aulas outros(as) doutores(as) que, além de pesquisadores(as), fossem trabalhadores(as) da APS.

A partir de então, a disciplina encontrou sua vocação e foi evoluindo ano a ano, graças à excelente participação dos(as) alunos(as) e a este toque diferencial de diálogo com pesquisadores que são também profissionais do SUS.

Posso afirmar que foram muitos anos de disciplina bem sucedida, com alunos (as) estimulados(as) e ótimos debates. Quando veio a pandemia, não consegui imprimir ao formato online o estilo original das aulas. Começávamos com um curto filme de, no máximo 15 minutos, de temas sensíveis ao discutido em aula, seguíamos com uma aula expositiva por 90 minutos e a parte final era assumida pelos(as) alunos(as), que debatiam textos da bibliografia da disciplina. Finda a pandemia, 2022 foi o último ano em que coordenei a disciplina.

Desde então, a nova coordenação cabe aos(às) pesquisadores(as) que atuam na APS, servidores do SUS, atualmente sob comando da professora Valéria Lino e professor Joaquim Teixeira Netto. Esta especificidade impõe uma qualidade única a esta disciplina. A prova desta qualidade está traduzida neste livro, fruto da interação e parceria docente/discente, num esforço coletivo de produção do conhecimento.

Me dá muita alegria conhecer um trabalho primoroso, com temas tão caros para um SUS comprometido com a Integralidade, Universalidade e Equidade, como os leitores poderão constatar ao ler este livro.

Fico duplamente honrada, por ter coordenado a disciplina durante 10 anos e ter convivido com tantos alunos(as) e professores(as) inspiradores(as), e por ocupar, no momento, o cargo de Coordenadora da Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, a partir de 2025.

Certa de que o livro será apreciado por muitos, convido alunos(as), profissionais e gestores(as) do SUS e pesquisadores(as) a embarcarem nesta aventura.

Boa leitura!

Apresentação

Joaquim Teixeira Netto
Valéria Teresa Saraiva Lino
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Débora da Silva Albani Martins

A presente coletânea é fruto de um percurso formativo construído no âmbito da disciplina eletiva "Estudos de Integralidade: Tópicos Especiais da Atenção Básica" da turma do segundo semestre de 2024, componente curricular da pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Mais do que um registro dos trabalhos desenvolvidos pelos alunos, esta publicação representa um convite à reflexão sobre um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) — a integralidade, que pode ser entendida como uma diretriz ética, política e técnica em permanente construção.

A integralidade desafia os modelos fragmentados de atenção e gestão em saúde, exigindo a ampliação do olhar, o reconhecimento dos sujeitos em sua complexidade e a articulação entre saberes. Trata-se de um princípio que exige dos profissionais e pesquisadores da saúde não apenas conhecimento teórico, mas compromisso com um cuidado que valorize o vínculo, a escuta e a singularidade de cada situação.

Nesta disciplina, propusemos a construção de um espaço de estudo e diálogo, que permitisse aos(às) alunos(as) apreender os sentidos da integralidade a partir de suas próprias trajetórias profissionais. Os textos aqui reunidos refletem o empenho em articular os conceitos de integralidade aos respectivos objetos de pesquisa e campos de atuação dos(as) discentes, fortalecendo, assim, a capacidade de produzir

conhecimento socialmente relevante. Esta coletânea nasceu do reconhecimento da potência dessasz produções, que foram desenvolvidas durante o curso e apresentadas como trabalho final da disciplina.

Além disso, dialoga com temas relacionados às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O capítulo I, *Integralidade e RAS no SUS*, as autoras enfatizam a importância das redes de atenção à saúde para a integralidade do SUS, promovendo coordenação eficiente e acesso facilitado a serviços. Apesar dos desafios, essas redes fortalecem a Atenção Primária e melhoram os resultados de saúde. Destacam, ainda, que para seu sucesso, são essenciais: gestão participativa, integração dos níveis de atenção e investimentos na estrutura e capacitação.

No capítulo II, *A atenção pré-hospitalar móvel: dispositivo da integralidade no SUS*, as autoras destacam os desafios enfrentados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como falta de recursos, integração limitada com outros serviços e dificuldades na formação de profissionais. Apesar disso, reforçam sua importância para a integralidade do SUS e a necessidade de investimentos para garantir um atendimento de emergência eficiente e acessível.

Os capítulos III e IV discutem os cuidados paliativos à luz da integralidade. No capítulo III, *Atenção Primária e cuidados paliativos: um olhar integral para o cuidado em saúde*, as autoras destacam a importância dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, defendendo um modelo de cuidado integral e não apenas hospitalar. Além disso, analisam desafios legais e apontam que a ausência de políticas públicas voltadas para esse tema reflete uma

negação da finitude e da morte. O texto busca estimular a reflexão sobre a necessidade de integrar esses cuidados ao sistema de saúde de forma ampla. Já no capítulo IV, *Integralidade na atenção à saúde: o papel das comunidades compassivas,* os autores debatem sobre a dificuldade de acesso à saúde nas favelas, seja pela violência, seja pela ausência do Estado, destacando a importância da integralidade no SUS. Além disso, ressalta que cuidados paliativos e Comunidades Compassivas podem fortalecer o sistema de saúde diante dos desafios e dificuldades vivenciados por essa população.

No capítulo V, *A integralidade do cuidado em saúde mental na APS*, os autores abordam os desafios da saúde mental na APS, destacando a importância da integralidade no cuidado. Apesar da estrutura de apoio existente, há obstáculos como o modelo biomédico predominante e a falta de capacitação dos profissionais. A melhoria da articulação entre serviços e o investimento na formação das equipes são essenciais para garantir um atendimento eficaz e integral.

A saúde mental também é discutida no capítulo VI, *Integralidade em saúde mental da população LGBTQIAPN+*. Nesse capítulo, os autores ressaltam os desafios do cuidado em saúde mental da população LGBTQIAPN+, apontando a falta de acesso adequado aos serviços e a importância do envolvimento dos profissionais de saúde. Destacam, ainda, a necessidade de respeitar a diversidade, garantir direitos e oferecer um atendimento que leve em conta a singularidade de cada indivíduo.

No capítulo VII, *Integralidade na atenção à saúde de mulheres imigrantes no Brasil*, as autoras abordam os desafios da saúde das mulheres imigrantes no Brasil, destacando

barreiras linguísticas, vulnerabilidade social e dificuldades no acesso aos serviços. Defendem a criação de uma política intersetorial e humanizada no SUS, garantindo um cuidado integral e equitativo para essa população.

A autora do capítulo VIII, *Mulheres trabalhadoras e os atravessamentos de gênero: contribuições teóricas para construção de possibilidades afirmativas no ambiente de trabalho na perspectiva dos direitos humanos e da integralidade na saúde*, aborda a relação entre a integralidade na saúde e os direitos humanos, destacando desigualdades de gênero no trabalho, como disparidade salarial e baixa representatividade. Reforça a importância de políticas afirmativas para promover equidade e garantir condições justas para todos.

No último capítulo, IX, *Sentidos de integralidade nas práticas de telessaúde na APS: um olhar sobre políticas, gestão e cuidado*, as autoras exploram o papel da telessaúde na APS e sua contribuição para a integralidade no SUS. Destacam práticas como teleconsulta, telemonitoramento e teleinterconsulta, apontando desafios estruturais que podem limitar seu impacto. Apesar disso, ressalta seu potencial para fortalecer a APS, desde que bem planejada e alinhada aos princípios do SUS.

Como foi possível ver nessa obra, a integralidade na saúde abarca uma diversidade de temas. No entanto, não se tem a pretensão de esgotá-los, mas de fomentar novas perguntas e práticas. Esperamos que esta publicação sirva de inspiração para outros cursos, serviços e profissionais que atuam com o SUS, contribuindo para a construção de um cuidado mais humano, justo e integral.

Agradecemos aos(às) alunos(as) pelo comprometimento e generosidade intelectual. Esperamos que este material possa circular, suscitar reflexões e contribuir para transformações, como é próprio de todo saber que emerge da interlocução entre teoria, prática e compromisso ético com a vida.

CAPÍTULO 1

INTEGRALIDADE E RAS NO SUS

Sônia Aquilino Castilho
Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues
Valéria Teresa Saraiva Lino

Introdução

A saúde como direito fundamental tem sido um marco na experiência brasileira, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este reconhecimento trouxe avanços significativos, mas também apresentou desafios que continuam a impactar a gestão e a oferta de serviços de saúde no país. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos maiores avanços, estabelecendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Miranda; Mendes; Silva, 2017).

O SUS é baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, garantindo o acesso gratuito e abrangente a serviços de saúde para toda a população. Desde a sua implementação, houve uma expressiva expansão da rede de serviços, com a construção de hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a criação de programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), destinados a ampliar a cobertura e fortalecer a atenção primária. Além disso, o SUS incorporou mecanismos de participação social em sua gestão, por meio de conselhos e conferências de saúde, permitindo que a população atue ativamente na formulação e controle das políticas de saúde (Brasil, 2012).

Com a transição demográfica global, caracterizada pelo aumento da expectativa de vida e pela redução das

taxas de fecundidade e mortalidade, o crescimento da população idosa tem gerado um impacto profundo nos serviços de saúde. Esse grupo etário está aumentando em ritmo mais acelerado do que outras faixas etárias, sendo o segmento de maior expansão (Mrejen; Nunes; Giacomin, 2023). Essa mudança alterou o perfil da mortalidade, passando de causas típicas de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, características de países longevos. Essas doenças, geralmente crônicas e múltiplas, tendem a persistir por anos, demandando cuidados contínuos, uso regular de medicações e a realização de exames periódicos.

Segundo Mendes (2011), para responder especificamente às demandas relacionadas às doenças crônicas, é fundamental que o sistema de saúde seja estruturado de maneira integrada e coordenada, capaz de atender às necessidades de saúde da população. Sistemas de saúde fragmentados, organizados de forma hierárquica e focados predominantemente no tratamento de condições agudas, tendem a ser ineficazes no enfrentamento de doenças crônicas. Nesses sistemas, a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção resulta em descontinuidade do cuidado, dificuldade de acesso a serviços essenciais e manejo ineficiente de pacientes.

Um modelo de atenção adequado à realidade das condições crônicas valoriza a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e articula os diferentes níveis de atenção para promover o acompanhamento longitudinal dos usuários. Neste contexto, a integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS, representa um desafio

significativo para sua plena implementação. A busca pela integralidade do cuidado envolve superar a fragmentação dos serviços de saúde, o que exige uma cooperação eficaz entre os diferentes níveis de atenção.

A formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) surge como uma solução estratégica para enfrentar esse desafio, promovendo a integração e articulação dos diversos pontos de atenção. O objetivo é garantir um cuidado contínuo, abrangente e centrado nas necessidades do usuário, promovendo a cooperação do cuidado em toda a rede de atenção e garantindo que a APS seja a principal porta de entrada, ao mesmo tempo em que facilita o acesso a outros níveis assistenciais de maneira eficiente e integrada (Kalichman; Ayres, 2016).

Este ensaio tem por objetivo revisar a literatura e contribuir para o debate sobre a constituição de redes de atenção no SUS. Acredita-se que uma organização e articulação eficientes do sistema de saúde no território, voltadas para atender às necessidades da população e oferecer um cuidado integral, sejam uma estratégia eficaz para melhorar os resultados dos serviços de saúde.

Integralidade

O acesso universal e igualitário às ações e serviços em todos os níveis de complexidade é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (Brasil, 1988). A legislação brasileira confirma a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o acesso à assistência. A Organização Mundial da Saúde (OMS), propôs o conceito de acesso ba-

seado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WHO, 2008).

Os estudos demonstram que o acesso depende de muitas variáveis que refletem diretamente no uso do serviço, portanto, o acesso deve ser uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas públicas. Segundo Donabedian (1972), o cuidado é acessível quando é fácil de ser iniciado e mantido. Starfield (2002) reforça que a importância do fácil acesso à atenção para reduzir a mortalidade e morbidade já é amplamente reconhecida há anos. Vários estudos apontam que a atenção primária deve funcionar como o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde, ampliando assim, o acesso do usuário (Giovanella, 2018; Mendes *et al.*, 2019; OECD, 2023; WHO, 2008).

A integralidade, um dos princípios fundamentais do SUS, é essencial para assegurar um atendimento completo e eficaz à população, cujo alcance depende diretamente do acesso adequado aos serviços de saúde. A discussão sobre esse conceito teve origem no ensino médico nos Estados Unidos, motivada pela crescente preocupação com a fragmentação do cuidado. No final da década de 1940, ganhou força a proposta de *Comprehensive Medicine* (Medicina Integral), que buscava articular ações de promoção da saúde, diagnóstico precoce, limitação de danos e reabilitação (Paim, 2006).

No Brasil, essa perspectiva foi incorporada às políticas públicas por meio de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que integrava

ações de prevenção, cuidado e reabilitação. Posteriormente, com a Constituição Federal de 1988, a integralidade foi formalmente instituída como diretriz do SUS, reafirmando o compromisso com um atendimento completo, centrado na prevenção, sem prejuízo da qualidade das ações assistenciais (Paim; Silva, 2010).

Segundo a Lei nº 8.080, a integralidade refere-se à oferta de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde, que abrange tanto as dimensões preventivas quanto curativas, no âmbito individual e coletivo. Essas ações devem ser organizadas de forma a atender às necessidades específicas de cada pessoa, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (Brasil, 1988).

A integralidade busca garantir que os cidadãos tenham acesso a cuidados contínuos e abrangentes, considerando as necessidades específicas de cada pessoa e comunidade. Isso implica na coordenação e integração dos diferentes serviços e níveis de atenção, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, garantindo que a assistência à saúde seja prestada de forma contínua e integral (Kalichman; Ayres, 2016).

De acordo com Mattos (2004), a integralidade pode ser compreendida em três conjuntos de sentidos. O primeiro está relacionado às características das políticas de saúde, o segundo à organização dos serviços, e o terceiro às práticas dos profissionais. Neste texto, vamos nos concentrar na segunda dimensão, que trata da organização dos serviços de saúde. Essa abordagem foca na necessidade de integrar e coordenar os diversos níveis de atenção e setores do sistema, garantindo um fluxo contínuo e articulado de cuidados

que evitem a fragmentação e promovam um atendimento mais eficiente e equitativo para a população.

Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A hierarquização dos serviços de saúde surgiu com o Relatório de Dawson, em 1920, na Inglaterra, após a Primeira Guerra Mundial. O relatório apresentou diferentes níveis de atenção para reduzir custos e aumentar a eficácia do sistema, incluindo centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Embora esta proposta não tenha sido avançada inicialmente, foi retomada em 1942 pelo relatório de Beveridge durante a Segunda Guerra Mundial. Esse relatório foi fundamental para a concepção da estrutura do sistema de saúde, servindo de base para a organização do Serviço Nacional de Saúde inglês (*National Health Service – NHS*), um sistema de saúde universal e equitativo criado em 1948. Esse modelo, com algumas adaptações locais, foi adotado pelo Brasil e por diversos países que implementaram sistemas nacionais de saúde (Kuschnir; Horácio, 2010).

No Brasil, as redes de atenção voltaram ao centro do debate após a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde em 2000 e do Pacto pela Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006. Esse pacto reforçou a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas de saúde. Ele estruturou as regiões sanitárias e instituiu os colegiados de gestão regional, orientando-se por princípios fundamentais como

acessibilidade, integralidade, descentralização do sistema, racionalização dos gastos e a otimização da aplicação dos recursos (Brasil, 2006).

A descentralização político-administrativa tem como objetivo redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo, visando melhorar a qualidade dos serviços e promover o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. O governo federal atua como o principal financiador, enquanto os governos estaduais e municipais são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde em suas respectivas esferas. A descentralização busca fortalecer a autonomia dos municípios, permitindo uma gestão mais próxima e adaptada às necessidades locais, e garantir uma melhor coordenação entre os diferentes níveis de governo para otimizar recursos e atender a população de forma mais eficiente (Brasil, 2017).

As primeiras experiências de hierarquização no SUS foram iniciadas na década de 1990, impulsionadas pelo processo de descentralização dos serviços de saúde. Esse movimento transferiu uma maior responsabilidade e autonomia para os municípios, visando ampliar a capacidade de resposta aos desafios de saúde enfrentados pela população. Com a descentralização, os gestores municipais puderam gerir as demandas locais de forma mais próxima e direta, o que possibilitou uma atuação mais eficaz e ágil na identificação e solução dos problemas de saúde da comunidade (Lima *et al.*, 2012).

Nesse contexto, a regionalização surgiu como uma estratégia fundamental para organizar e estruturar regiões de saúde, melhorando a coordenação e o acesso aos serviços,

garantindo uma distribuição mais equitativa dos recursos e promovendo a integralidade do cuidado. Esse processo é resultado de um acordo entre dois ou mais entes da federação, dependendo de uma pactuação política baseada em critérios e objetivos comuns. Entretanto, a regionalização envolve a conformação de regiões, levando em conta o espaço condicionado pelas relações de poder entre governos, organizações públicas e privadas, e cidadãos. Portanto, pode ser complexo e desafiador devido à necessidade de equilibrar interesses diversos e potencialmente conflitantes (Lima *et al.*, 2012).

O modelo de regionalização do SUS propõe que o Estado assuma um papel central na criação de condições para que os municípios atuem de forma integrada e eficiente como entes federativos. Seus principais objetivos incluem promover a consciência de pertencimento regional, ajustar a oferta de serviços por meio da cooperação, superar a fragmentação do sistema e substituir a competição intermunicipal pela cooperação. Além disso, busca-se fortalecer o controle público sobre o sistema de saúde (Silva; Gomes, 2013).

Para ser eficaz, a regionalização deve considerar as características geográficas, o perfil epidemiológico, o fluxo de demanda e a oferta de serviços. A regionalização permite que as especificidades locais sejam consideradas no planejamento e na execução das políticas de saúde, otimizando o uso dos recursos e ampliando a eficiência do sistema de saúde como um todo. Além disso, facilita a articulação entre os diferentes níveis de atenção, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade, garantindo um atendimento contínuo e integral para a população (Lima *et al.*, 2012).

Segundo Mendes (2011, p. 82), as RAS são definidas como "organizações poliárquicas compostas por um conjunto de serviços de saúde, interligadas por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente". Essas redes visam proporcionar uma atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela APS. A prestação de serviços deve ocorrer de forma oportuna e no nível de atenção mais adequado, com qualidade, eficiência e humanização, assegurando a equidade no cuidado. Além disso, as RAS assumem responsabilidades sanitárias e econômicas compartilhadas, buscando gerar valor em saúde para a população.

A Portaria nº 4.279 de 2010 estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. As RAS buscam integrar ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado. Sua estrutura se caracteriza por relações horizontais entre os pontos de atenção, com a APS no centro da comunicação. As RAS são organizadas em torno das necessidades de saúde da população, priorizando o cuidado multiprofissional e unindo objetivos e responsabilidades para alcançar melhores resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2010).

A APS desempenha um papel fundamental nas RAS, pois garante acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. É caracterizada como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da

equidade. Além disso, a APS atua como centro de comunicação dentro das RAS, sendo responsável por compartilhar informações e coordenar o cuidado, permitindo a continuidade do atendimento de forma integral (Brasil, 2012).

A fragmentação tem se mostrado ineficaz na resposta às demandas decorrentes das mudanças socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas observadas nas últimas décadas. Para funcionar de forma eficaz, essas redes precisam operar de maneira coordenada, conectando os pontos de atenção com diferentes perfis de atendimento e complexidades. Essa articulação é essencial para garantir uma transição fluida entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas, garantindo que os pacientes recebam cuidados contínuos e adequados (Mendes, 2011).

Um aspecto central na construção das RAS é o equilíbrio entre oferta e demanda. Essa relação refere-se à capacidade do sistema de saúde em atender às necessidades de uma população específica, com base na disponibilidade de recursos e serviços. Esse equilíbrio é crucial para a sustentabilidade econômica dos serviços de saúde, pois orienta a alocação eficiente dos recursos e garante a utilização adequada deles, promovendo um sistema mais eficiente (Abreu de Jesus; Assis, 2010).

As redes temáticas são essenciais para abordar necessidades específicas que requerem expertise e recursos especializados. Essas redes complementam a rede geral de atenção à saúde, proporcionando cuidados direcionados e de alta qualidade em áreas que demandam atenção diferenciada, como doenças oncológicas, atendimento às urgências e emergências, atenção psicossocial, atenção às doenças cardiovasculares, entre outras.

No entanto Viana e Iozzi (2019) chamam a atenção para a desarticulação dessas redes temáticas, apontando que elas não operam de forma sistemática e carecem de um protagonismo público mais efetivo na condução dessa integração. Os autores enfatizam que a principal tarefa será integrar o prestador da rede básica municipal com os da rede especializada regional. Para isso é necessário adotar uma gestão baseada no planejamento das necessidades de saúde, levando em conta as particularidades das demandas regionais. Desta forma, ressalta-se a urgência de fortalecer os estados e as instâncias regionais/subnacionais, que devem atuar como indutores e condutores do processo.

Embora as redes de saúde sejam fundamentais para garantir direitos, ampliar o acesso e reduzir desigualdades, ainda enfrentam barreiras e desafios persistentes no sistema de saúde. A fragmentação dos serviços, a falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção e a insuficiência de recursos em algumas regiões são obstáculos significativos. Essas dificuldades comprometem a continuidade e a eficácia do tratamento, evidenciando a necessidade de melhorias contínuas na organização e na gestão das redes de saúde para assegurar que todos os pacientes recebam o cuidado adequado e em tempo hábil.

O Brasil, com sua vasta diversidade e desigualdades regionais, enfrenta um grande desafio na regionalização da saúde e na conformação das redes de atendimento. A forte concentração de serviços, recursos humanos e tecnológicos em municípios-polo acentua a falta de equidade territorial. A conformação de sistemas regionais precisa considerar as dinâmicas territoriais específicas para atender às variadas

necessidades locais, o que depende de uma pactuação política eficaz entre os entes federados. Isso exige a implementação de políticas de saúde que sejam flexíveis e adaptáveis, garantindo acesso equitativo e eficaz aos serviços de saúde em todas as regiões do país (Viana; Iozzi, 2019).

Para a operacionalização das RAS pelos serviços de saúde, é fundamental o funcionamento eficaz do sistema de referência e contrarreferência (RCR), que garanta a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando a continuidade do cuidado (Oliveira; Silva; Souza, 2021). Entretanto, a ausência de um sistema de RCR informatizado, integrado e alimentado de forma sistemática por todos os pontos de atenção, compromete esse fluxo. Nessa conjuntura, a comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente no momento da contrarreferência, torna-se fragmentada e, muitas vezes, depende exclusivamente do relato do usuário, o que pode gerar perdas de informação, duplicidade de procedimentos e descontinuidade na linha de cuidado (Santos *et al.*, 2021).

Um elemento central para os serviços de saúde é o uso de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que possibilita o cadastro da população e o registro de informações de forma organizada e acessível. Entre suas principais vantagens, destaca-se a garantia da legibilidade dos registros, bem como a possibilidade de acesso simultâneo por todos os profissionais envolvidos no cuidado. O PEP também desempenha papel estratégico na gestão das informações em saúde, ao permitir a rápida busca de dados e a geração de relatórios e indicadores de saúde, favorecendo uma compreensão mais

ampla e integrada das ações desenvolvidas no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Crippa; Dias, 2017).

O PEP constitui uma inovação importante no sistema de informação, pois é a fonte oficial para o registro das ações e das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. No entanto, o uso do prontuário eletrônico ainda não é uma realidade em todo o território nacional (Brasil, 2023). Para que a comunicação entre os serviços seja verdadeiramente eficaz, é imprescindível a integração dos prontuários em um sistema unificado, que possa ser acessado por todos os pontos de atenção da RAS. Essa integração facilitaria o acesso às informações sobre os cuidados prestados, garantindo uma cooperação mais eficiente entre os diferentes pontos de atenção e promovendo um atendimento mais coordenado, resolutivo e de maior qualidade (Celuppi *et al.*, 2024).

Visando fortalecer a organização das Redes Regionalizadas de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) lançou em 2011, o Projeto de Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAS). Essa iniciativa oferece apoio técnico e gerencial às secretarias de saúde, promovendo a articulação entre gestores, a capacitação de profissionais, o aprimoramento de processos e a integração eficiente dos serviços da RAS (CONASS, 2011). Como resultado, o projeto contribui para a melhoria da gestão e da organização da Atenção Primária e da Atenção Especializada (AE) (Guerra *et al.*, 2022). Ao longo de sua evolução, o CONASS expandiu o escopo da PAS, incorporando também a Atenção Hospitalar ao processo de planificação.

Evidências na literatura indicam que redes de saúde bem estruturadas, com a APS no centro da coordenação do cuidado, convertem em melhores resultados para a saúde da população, promovendo uma atenção mais eficiente, integrada e equitativa (Mendes, 2011). Nos últimos anos, o Brasil tem fortalecido e qualificado a rede de atenção primária com a expansão das equipes de saúde da família e a implementação do modelo de atenção em redes de saúde (Brasil, 2024).

Considerações finais

Apesar das enormes dificuldades na implementação do modelo de atenção em redes de saúde, as potencialidades que ele pode trazer para a comunidade são significativas. A organização em redes de saúde possibilita uma maior coordenação entre os diferentes níveis de atenção, promove a continuidade do cuidado e facilita o acesso a serviços especializados. Além disso, fortalece a atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema, assegurando um atendimento mais eficiente e resolutivo para a população.

Para tanto, é fundamental promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecer a gestão participativa e investir em infraestrutura e capacitação profissional. Esses elementos são essenciais para superar barreiras históricas e culturais, melhorar a qualidade dos serviços prestados e assegurar que todos os cidadãos, independentemente de sua localização, possam usufruir de um sistema de saúde justo e eficiente.

Dessa forma, a organização do sistema de saúde em redes de atenção representa um grande avanço na busca pela integralidade. A organização da saúde e o cuidado à saúde estão intrinsecamente ligados. Um sistema bem-organizado, com territórios claramente definidos e uma rede de serviços bem estruturada, pode melhorar significativamente o acesso, a qualidade, a eficiência e a segurança dos serviços de saúde. Isso, por sua vez, reverte em melhores resultados de saúde para a população.

Referências

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet**, v.15, n. 1, p.161–170, 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000100022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/NCd8MxwvT6MrXDdHtMCrpks/abstract/?lang=pt. Acesso em: 14 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jul. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf. Acesso em: 04 jul. 2024.

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**, seção 1, Brasília, DF, n. 252, p. 88-90, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 7 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). 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. Acesso em: 21 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família**. Agência Gov, 3 abr. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 ago. 2024.

CELUPPI I.C.; MOHR E.T.B.; FELISBERTO M., RODRIGUES T.S.; HAMMES J.F.; CUNHA C.L.; WAZLAWICK, R.S.; DALMARCO, E.M. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. **Rev Saúde Pública**, v. 58, n. 23. 2024. DOI: 10.11606/s1518- 8787.2024058005770. Disponível em: https://rsp.fsp.usp.br/pt-br/article/dez-anos-do-prontuario-eletronico-do-cidadao-e-sus-aps-em-busca-de-um-sistema-unico-de-saude-eletronico/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 out. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Planificação da Atenção à Saúde**. CONASS Documenta n. 31 Brasília, julho de 2011. ISBN 978-85-8071-004-5. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf. Acesso em: 16 set. 2024.

CRIPPA, V; DIAS, DRC. Vantagens da implantação do prontuário eletrônico na segurança do paciente e na otimização do trabalho do farmacêutico hospitalar. **Infarma – Ciências Farmacêuticas**, Brasília, DF, v. 29, n. 3, p. 199–207, 25 set. 2017. Disponível em: https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/2018. Acesso em: 8 set. 2025.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**, v. 1. Press, Ann Arbor, Michigan: Health Administration, 1972.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**. 2018; 34(8):e00029818. DOI: 10.1590/0102-311X00029818. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/pt. Acesso em: 03 set. 2024.

GUERRA, S; ALBUQUERQUE, AC; MARQUES, P; OLIVEIRA, I; FELISBERTO, E; DUBEUX, LS; MEDEIROS, GAR; SAMICO, IC. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. **Cad. Saúde Pública**. 2022. DOI: 10.1590/0102-311X00115021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/P7JW9nhbpZCsg8qYVY3Hnkz/?format=html&lang=pt. Acesso em: 25 ago. 2024.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00183415. Disponível em: https://cadernos.ensp.

fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/6163. Acesso em:10 ago. 2024.

KUSCHNIR, R.; HORÁCIO, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Chorny, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/?format=html&lang=pt. Acesso em: 20 ago. 2024.

LIMA, L.D.; VIANA, A.V.A.; MACHADO, C.V.; ALBUQUERQUE, M.V.; OLIVEIRA, R.G.; IOZZI, F.L.; SCATENA, J.H.G.; MELLO, G.A.; PEREIRA, A.A.M.; COELHO, A.P.S. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881–2892, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TBsNKBwxKQpy9drdzST6ZdS/?format=html&lang=pt Acesso em: 11 jul. 2024.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411–1416, set./out., 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt. Acesso em: 02 set. 2024.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª edição. Brasil: Organização Pan Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 549 p.: il., 2011. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

MENDES, EV; MATOS, MAB; EVANGELISTA, MJO; BARRA, RP. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2.ª edição, 2019. Disponível

em: https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude/. Acesso em: 15 ago. 2024.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: o Brasil está preparado?** Estudo Institucional n. 10. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2023/01/Estudo_Institucional_IEPS_10.pdf. Acesso em: 12 set. 2024.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 26, n. 2, p. 329–335, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168321. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/89Dyb8NphHWYmPhnzNnnTGG/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 ago. 2024.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2023**: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, 2023. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/avoidable-hospital-admissions_836e2826.html?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 25 out. 2024

OLIVEIRA, C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 31, n.1, e310105, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/3vhh4QL7xRM8tkRzZdcHZhK/?lang=pt. Acesso em: 17 ago. 2024.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. EDUFBA Salvador-Ba 2006. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf. Acesso em: 12 set. 2024

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo. v. 12, n. 2. 2010. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772/32575. Acesso em: 15 set. 2024.

SANTOS, RC; BISPO, LDG; FERREIRA, LLL; SOUZA, JLS; JESUS, LS; TEIXEIRA, VS; HERNANDES, RS; SILVA, RAS. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. **Revista de Atenção à Saúde.** São Caetano do Sul, SP, v. 19, n. 69, p. 51–65, jul./set. 2021. DOI: 10.13037/ras.vol19n69.7614. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/pt_BR/article/view/7614/3506. Acesso em: 02 out. 2024

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1106–1116, 2013. DOI: 10.1590/S0104-12902013000400013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dDgkwgHYDdQw4bYcDqrqkGD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 02 set. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf. Acesso em: 17 mar. 2024.

VIANA, A.; IOZZI, F. L. Enfrentando as desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35 (suppl.2). 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00022519. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCmVdQG83vHbHSKSxDPXp/?lang=pt. Acesso em: 12 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008 – Primary Health Care: Now More Than Ever**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3298021/. Acesso em: 19 set. 2024.

CAPÍTULO 2

A ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: DISPOSITIVO DA INTEGRALIDADE NO SUS

Débora da Silva Albani Martins
Gisele O'Dwyer

Introdução

O tema da integralidade no SUS está profundamente entrelaçado com os princípios fundamentais que orientam o sistema, buscando oferecer uma atenção à saúde que seja abrangente, contínua e resolutiva. Desde a sua criação, o SUS se destacou como um modelo inovador de saúde pública, promovendo o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde no Brasil (Menicucci, 2009). Entretanto, a implementação de seus princípios, especialmente a integralidade, apresenta desafios práticos, exigindo não apenas infraestrutura adequada, mas também uma reestruturação nas formas de atuação e nos modos de pensar o cuidado em saúde.

A integralidade implica em uma visão ampliada do cuidado, onde se considera a totalidade das necessidades de saúde dos indivíduos, rompendo com a fragmentação dos serviços. Merhy (2006) argumenta que a integralidade vai além do acesso aos diferentes níveis de atenção; ela abrange a compreensão da micropolítica do trabalho vivo, onde o profissional de saúde deve atuar de forma implicada com o sujeito de cuidado, utilizando ferramentas pedagógicas que potencializem a educação permanente. Isso ressalta a necessidade de uma formação que valorize o pensamento crítico e a capacidade de agir de forma integral nos serviços de saúde.

Nesse contexto, o SAMU surge como um componente essencial para a efetivação da integralidade no SUS (Costa, 2023). Sua implementação visa garantir a continuidade do cuidado, especialmente em emergências, atuando na interface entre os diferentes níveis de atenção (Minayo; Deslandes, 2008).

Contudo, a integralidade no SUS não é apenas um desafio técnico, mas também conceitual. Novaes (2000) salienta a importância da avaliação contínua dos serviços e tecnologias de saúde para assegurar que eles atendam às necessidades reais da população, promovendo um cuidado mais humanizado e eficiente. Assim, a busca pela integralidade no SUS exige um esforço conjunto de gestores e profissionais de saúde, em um processo contínuo de educação, avaliação e readequação dos serviços prestados.

Portanto, discutir a integralidade no SUS e a contribuição do SAMU é essencial para entender os avanços e os desafios na consolidação de um sistema de saúde que busca garantir a universalidade e a equidade na atenção à saúde, atendendo de maneira integral às necessidades da população brasileira.

O papel do SAMU na integralidade em saúde

O SAMU é um serviço de socorro pré-hospitalar móvel que permite que os usuários solicitem atendimento por meio do acesso telefônico gratuito pelo número 192. As centrais de regulação são responsáveis por atender as chamadas, registrar os dados e acionar as ambulâncias conforme a gravidade do caso. Essas centrais são fundamentais

para organizar o fluxo de atendimento e para a correta alocação dos recursos disponíveis no território. O SAMU tem como objetivos: a redução do número de óbitos, do tempo de internação e das sequelas incapacitantes provenientes de um agravo clínico ou acidente (O'Dwyer *et al.*, 2017).

As ambulâncias são classificadas como Unidades de Suporte Básico, com equipe formada por técnico de enfermagem e condutor, e Unidades de Suporte Avançado (USA), com enfermeiro, médico e mais recursos tecnológicos. Em determinadas regiões, a frota também pode incluir motolâncias, ambulanchas (barcos adaptados para regiões ribeirinhas) e aeronaves, como helicópteros ou aviões, compondo uma estrutura móvel adaptada às necessidades geográficas e demográficas do país (O'Dwyer *et al.*, 2017).

O SAMU, ao atuar na interface entre os serviços de emergência e os diversos níveis de atenção à saúde, torna-se um elo essencial na implementação desse princípio, contribuindo para a resolução dos problemas de saúde de forma integrada e articulada. Sua atuação na integralidade em saúde é essencial para a organização do atendimento pré-hospitalar e para a articulação dos diferentes níveis de atenção no SUS. Segundo O'Dwyer (2009), a integralidade é um conceito central que busca garantir um cuidado completo e contínuo, abrangendo não apenas a urgência, mas também a prevenção e a promoção da saúde.

Como apontam Santos e Merhy (2006), o SAMU promove uma integração entre os serviços de saúde, funcionando como uma ponte entre a população e os hospitais, garantindo que o paciente seja transportado de maneira segura e com o acompanhamento necessário até a unidade

de saúde. Essa articulação é fundamental para assegurar a continuidade do cuidado, um dos elementos centrais da integralidade.

A integralidade, entretanto, não se resume apenas à oferta de serviços médicos, mas à capacidade de identificar e responder às necessidades globais do paciente, considerando seu contexto social, cultural e econômico. Santos (2002) aponta que, para que a integralidade seja realmente efetiva, é necessário que o atendimento não seja fragmentado, mas integrado, de modo que as ações de saúde estejam coordenadas. O SAMU tem um papel importante ao assegurar que a entrada do paciente no sistema de saúde ocorra de forma ordenada, encaminhando-o para o local mais adequado de acordo com sua condição clínica.

O'Dwyer (2009) ressalta que a efetividade do SAMU está diretamente relacionada à sua capacidade de integrar as diversas esferas de atendimento, permitindo que o paciente seja encaminhado para o serviço mais apropriado após a triagem inicial.

Para Tofani (2022), o aprimoramento contínuo dos serviços do SAMU e a garantia de recursos adequados são essenciais para manter e fortalecer a integralidade no atendimento de saúde no Brasil.

A infraestrutura do sistema de saúde, por sua vez, desempenha um papel importante na efetividade do SAMU. Soares (2007) aponta que os investimentos realizados para a ampliação da oferta de serviços de saúde têm sido fundamentais para melhorar o acesso ao atendimento de urgência, mas ainda há muito a ser feito para garantir que todas as regiões tenham acesso igualitário a esses serviços. O

SAMU, ao depender de uma infraestrutura adequada, enfrenta limitações em regiões onde os serviços de saúde são escassos, comprometendo a integralidade do atendimento.

Segundo Righi (2023), é importante reconhecer o papel das tecnologias da informação e comunicação na melhoria do atendimento de urgência. Sistemas de informação integrados podem facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atendimento, permitindo um fluxo de informações mais eficiente e contribuindo para decisões mais informadas. A utilização de tecnologia também pode ajudar na triagem de pacientes e na gestão de recursos, garantindo que as intervenções sejam realizadas de maneira mais eficaz.

Outro ponto relevante na discussão da integralidade e do SAMU é a humanização do atendimento. Como argumentam Santos e Merhy (2006), o atendimento de urgência, muitas vezes marcado pela rapidez e pela necessidade de decisões rápidas, não deve deixar de lado o acolhimento e o respeito à dignidade dos pacientes. A humanização é um aspecto central da integralidade, pois garante que o paciente seja tratado como um sujeito integral, e não apenas como um corpo que necessita de cuidados médicos.

Ademais, o SAMU contribui para a integralidade ao garantir que o atendimento pré-hospitalar seja de qualidade, servindo como um elo entre o local onde ocorre a emergência e o hospital. Viana, Faria e Pacífico (2006) discutem a importância de práticas de avaliação e gestão em rede para garantir que esse elo funcione de maneira efetiva. A avaliação constante dos serviços do SAMU é essencial para identificar falhas no atendimento e propor melhorias que garantam a integralidade.

A discussão sobre o SAMU e a integralidade evidencia a complexidade do sistema de saúde brasileiro. É necessário reconhecer que a integralidade em saúde é um processo dinâmico e contínuo, que exige um comprometimento coletivo de todos os atores envolvidos. A integralidade exige uma coordenação efetiva entre os diferentes níveis de atenção e de gestão, além de um compromisso com a humanização e a equidade no atendimento. O SAMU, ao atuar diretamente na urgência e emergência, desempenha um papel fundamental nesse processo, mas enfrenta desafios que vão desde a infraestrutura até a regulação e a capacitação profissional.

Impacto na qualidade do atendimento

Com a criação do SAMU e a adoção de políticas de regulação das urgências, observou-se uma melhora significativa na organização e coordenação do atendimento, no entanto é importante mencionar que para haver integralidade no cuidado é fundamental investir na qualidade do mesmo. A Portaria nº 2657, de 2004, por exemplo, estabeleceu as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências, o que permitiu maior qualidade na distribuição dos pacientes para os diferentes níveis de atendimento conforme suas necessidades. A regulação também ajudou a reduzir o número de casos de internações inadequadas, contribuindo para aliviar a pressão sobre os hospitais e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (O'Dwyer *et al.*, 2017).

A criação do SAMU foi um passo importante no sentido de humanizar os serviços de urgência. Oliveira, Collet e

Vieira (2006) observam que a humanização do atendimento de urgência implica não apenas em garantir a qualidade técnica do cuidado, mas também em promover o respeito à dignidade dos pacientes.

A humanização dos serviços, discutida por Puccini e Cecílio (2004), tem um impacto direto na qualidade percebida pelos usuários. A abordagem humanizada implica tratar o paciente como um sujeito com direitos, promovendo o respeito e a dignidade no atendimento. Esse conceito é essencial para superar o modelo mecanicista e impessoal que ainda prevalece em muitas unidades de saúde. A humanização se reflete na melhoria da relação entre profissionais e pacientes, contribuindo para um ambiente mais acolhedor e que favoreça o processo de cura.

O perfil sociodemográfico dos usuários do SUS, como discutido por Ribeiro *et al.* (2006), também influencia o padrão de utilização dos serviços de saúde. Fatores como idade, gênero, escolaridade e localização geográfica impactam diretamente a forma como os serviços são acessados e a percepção de qualidade por parte dos usuários. Em muitas regiões, especialmente nas áreas periféricas, a oferta de serviços ainda é insuficiente, e a sobrecarga nas unidades compromete a qualidade do atendimento.

A percepção de qualidade, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais, é um reflexo da experiência vivida no serviço de saúde. Quando o atendimento é humanizado, acessível e de qualidade, os usuários tendem a confiar mais no sistema, conforme destaca Ribeiro (2002). Essa confiança é crucial para o sucesso de políticas públicas de saúde, pois fortalece a relação entre o Estado e os cidadãos, au-

mentando a adesão a tratamentos e medidas preventivas. Entretanto, a falta de investimentos e o despreparo em lidar com a demanda crescente prejudicam esse processo.

Além disso, a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), instituídas pela Portaria nº 2.922 de 2008, foi outro avanço importante para garantir um atendimento mais ágil e próximo à população, complementando o papel do SAMU no atendimento inicial de urgências.

Entretanto, a implementação do SAMU e de outras políticas voltadas para a melhoria da qualidade dos serviços de urgência não ocorreu de maneira homogênea. Como apontam Baptista (2007) e Bittencourt e Hortale (2007), a adoção de tais políticas em diferentes municípios e estados brasileiros varia consideravelmente, resultando em desigualdades regionais no acesso e na qualidade dos serviços prestados. Isso reflete a necessidade de uma maior coordenação entre os gestores de saúde em âmbito federal, estadual e municipal para garantir que os benefícios dessas políticas sejam distribuídos de maneira mais equitativa.

Após a implementação do SAMU, houve uma melhora significativa na capacidade de resposta às emergências, especialmente nas grandes áreas urbanas. Segundo Da Silva (2023), a capacidade de oferecer uma resposta rápida e eficaz em situações críticas é fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado. As Centrais de Regulação do SAMU desempenham um papel crucial na triagem e no encaminhamento de pacientes, garantindo que aqueles com maior gravidade sejam atendidos de forma prioritária. No entanto, como ressaltam Bahia *et al.* (2007), essa capacidade de resposta ainda é limitada em áreas mais remotas e com

infraestrutura de saúde mais precária, o que revela a persistência de desigualdades no sistema de saúde.

Além disso, a inserção de novos veículos, como as motolâncias, instituídas pela Portaria nº 2.971 de 2008, contribuiu para uma maior rapidez no atendimento em locais de difícil acesso ou em situações em que o trânsito representa uma barreira. Esse avanço tecnológico permitiu uma maior agilidade nas respostas a emergências, principalmente em grandes centros urbanos, onde o congestionamento de tráfego pode atrasar a chegada de ambulâncias convencionais.

Apesar das melhorias observadas, é importante destacar que a qualidade dos serviços de urgência no Brasil ainda enfrenta desafios. Bosi e Uchimura (2007) apontam que a avaliação da qualidade nos serviços de saúde deve ir além dos indicadores quantitativos e incluir aspectos qualitativos, como a percepção dos usuários sobre o atendimento recebido. Embora o SAMU tenha contribuído para melhorar a utilização dos serviços, ainda há problemas relacionados à satisfação dos pacientes, que muitas vezes se queixam da demora no atendimento ou da falta de acolhimento adequado (Ribeiro, 2002).

Os conflitos e insatisfações na prática hospitalar, conforme discutido por Deslandes (2004), também refletem a necessidade de se avançar na humanização dos serviços de urgência. O SAMU, ao promover uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção, tem o potencial de contribuir para a redução desses conflitos, mas é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados não apenas tecnicamente, mas também em habilidades de comunicação e acolhimento.

Outro ponto importante é que, apesar dos avanços no atendimento pré-hospitalar, os serviços de urgência hospitalar ainda enfrentam sérios problemas de superlotação e falta de recursos. Embora tenham sido feitas intervenções para solucionar a superlotação nos hospitais, muitas dessas medidas foram paliativas e não atacaram a raiz do problema, que é a falta de um planejamento adequado e de uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde (Bittencourt *et al.*, 2020).

O problema não se restringe à quantidade de leitos, mas envolve também uma mudança cultural nas instituições, que precisam repensar suas estruturas e processos. É fundamental discutir, por exemplo, o papel do profissional de saúde no contexto das urgências e como elas podem ser organizadas para garantir retaguarda efetiva e segura ao atendimento emergencial (Oliveira; O'Dwyer; Novaes, 2022).

É essencial que as políticas de saúde pública considerem a inter-relação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. O sistema precisa ser organizado de forma integrada, permitindo que o atendimento inicial, seja em uma unidade básica ou em uma unidade de emergência, seja complementado por serviços de maior complexidade, quando necessário. Sem essa integração, a qualidade do atendimento fica fragmentada, resultando em descontinuidade do cuidado e aumento da insatisfação dos usuários.

Portanto, o impacto na qualidade do atendimento no SUS depende de uma série de fatores, desde a humanização e o respeito aos direitos dos pacientes até a capacitação dos profissionais e a estruturação adequada dos serviços. A continuidade dos investimentos em políticas públicas e a

adoção de novas práticas de gestão são fundamentais para garantir que a qualidade dos serviços de urgência continue a melhorar e que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a um atendimento de saúde digno e eficiente.

Desafios do SAMU

O SAMU enfrenta uma série de desafios que impactam em seu empenho e capacidade de atender à demanda por serviços de saúde em emergências. Esses desafios são multifacetados, envolvendo aspectos estruturais, organizacionais e de gestão, conforme destacado por Malvestio (2022), que ressalta a importância da integração dos serviços de saúde. Essa integração é fundamental para que o SAMU possa operar de maneira efetiva, garantindo que os pacientes recebam o cuidado necessário de forma rápida e adequada.

Um dos principais desafios é a articulação entre o SAMU e os demais serviços de saúde, como hospitais e UPAs. Pinheiro e Mattos (2006) argumentam que a gestão em redes é essencial para a eficiência do sistema de saúde, permitindo que o SAMU não funcione isoladamente. A falta de comunicação e coordenação entre os diferentes níveis de atendimento pode resultar em sobrecarga em determinados serviços, comprometendo a qualidade do atendimento e a experiência do usuário.

Viana e Machado (2009) discutem como a descentralização no SUS, embora tenha trazido avanços na gestão local da saúde, também cria barreiras na coordenação federativa, o que pode impactar o funcionamento de serviços como o SAMU. A falta de uma coordenação de qualidade

entre os níveis municipal, estadual e federal pode resultar em desorganização na rede de atendimento, prejudicando a integralidade.

Entretanto, a implementação do SAMU enfrenta desafios, especialmente no que diz respeito às desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde. Em áreas mais remotas, onde a infraestrutura é limitada, o tempo de resposta do SAMU pode ser maior, comprometendo a integralidade do atendimento. Isso resulta na necessidade de políticas públicas mais equitativas. É essencial que o governo federal, em colaboração com estados e municípios, intensifique os esforços para garantir que os benefícios do SAMU e de outros serviços de urgência sejam universalmente acessíveis (Malvestio, 2022).

A dificuldade de alocação e fixação de médicos no SAMU é um desafio estrutural relevante em muitas regiões do Brasil, especialmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Dois fatores principais explicam essa dificuldade: a incapacidade financeira dos municípios menores para custear médicos nas USA e a escassez generalizada desses profissionais, que se distribuem entre várias frentes de atendimento, como UPA, hospitais e SAMU (O'Dwyer *et al.*, 2017).

A falta de recursos, a insuficiência de profissionais capacitados e a necessidade de formação contínua são obstáculos que podem comprometer o serviço. Malvestio (2022) aponta que a formação contínua é um fator determinante para o melhor funcionamento do sistema de saúde. Profissionais bem treinados são mais capazes de realizar triagens adequadas e intervenções rápidas, o que pode fazer a diferença entre a vida e a morte em situações de emergências.

Santos *et al.* (2003) destacam que, para garantir a integralidade no atendimento de urgência, é fundamental que os profissionais do SAMU sejam bem treinados, não apenas tecnicamente, mas também em habilidades de comunicação e humanização. A formação desses profissionais deve contemplar o cuidado integral, levando em conta não só a emergência clínica, mas também os aspectos emocionais e sociais do paciente.

Outro desafio significativo é a gestão de recursos financeiros e materiais. Teles *et al.* (2017) discutem a utilização de serviços de saúde por diferentes sistemas de financiamento, evidenciando que a escassez de recursos pode impactar diretamente a capacidade do SAMU de operar. A falta de ambulâncias adequadas, equipamentos de emergência e insumos pode comprometer a eficiência do atendimento e a integralidade dos cuidados oferecidos.

É fundamental que o SAMU se adapte às novas demandas e realidades sociais, implementando estratégias que promovam a integralidade em saúde. Isso inclui não apenas o atendimento emergencial, mas também a educação em saúde e a prevenção. Malvestio (2022) enfatiza que a gestão da saúde deve se basear em práticas que integrem diferentes níveis de atenção, visando uma abordagem mais holística que considere as necessidades dos usuários de forma abrangente. A superação desses desafios é crucial para que o SAMU cumpra seu papel de forma efetiva e contribua significativamente para a integralidade dos cuidados em saúde no Brasil.

Portanto, o SAMU é uma peça-chave para a integralidade no SUS, assegurando que o cuidado em saúde seja

acessível, ágil e humanizado. No entanto, é necessário que os gestores de saúde enfrentem os desafios existentes, promovendo uma maior coordenação entre os diferentes níveis do sistema, investindo na infraestrutura e na capacitação das equipes, e garantindo que o atendimento seja universal e equitativo, conforme os princípios do SUS.

Considerações finais

Sabe-se que a integralidade na saúde e o papel do SAMU evidenciam a importância de um sistema integrado que atenda às necessidades da população, especialmente em situações de urgência. A implementação do SAMU representou um avanço significativo na organização dos serviços de emergência, promovendo uma resposta mais ágil às emergências médicas. Esse sistema não apenas facilitou o acesso aos serviços de saúde, mas também melhorou a qualidade do atendimento, reduzindo os tempos de espera e promovendo a humanização do cuidado.

O engajamento da comunidade profissional também é vital para o sucesso do SAMU e para a integralidade no atendimento de saúde. É necessário um esforço contínuo para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados pelo SAMU. A coleta e análise de dados sobre o atendimento, a satisfação dos usuários e a eficiência do sistema são essenciais para identificar áreas de melhoria e para garantir que as políticas de saúde sejam baseadas em evidências. Essa avaliação deve incluir a perspectiva dos usuários, considerando suas experiências e expectativas.

O financiamento adequado é um fator crítico para a sustentabilidade do SAMU e para a melhoria contínua dos serviços de urgência. É necessário que haja um compromisso governamental com a alocação de recursos suficientes para garantir que o sistema funcione de maneira eficiente. Isso inclui investimentos em infraestrutura, equipamentos e formação de pessoal, além de garantir que haja recursos disponíveis para enfrentar crises e emergências de saúde pública. Há indícios de que o nível federal vem investindo no componente assistencial SAMU a partir do ano de 2024 (Brasil, 2024).

É imprescindível que as discussões sobre a integralidade na saúde e o papel do SAMU incluam uma abordagem centrada no usuário. A saúde é um direito de todos, e o acesso a serviços de qualidade deve ser garantido a cada cidadão, independentemente de sua localização geográfica ou condição socioeconômica. Promover um sistema de saúde que respeite e atenda às necessidades individuais dos usuários é a base para uma sociedade mais saudável e justa.

Em suma, as considerações sobre o SAMU e a integralidade na saúde revelam um panorama de avanços e desafios que devem ser continuamente abordados. A melhoria da qualidade do atendimento de urgência não é apenas uma questão de infraestrutura, mas envolve a capacitação de profissionais, a humanização do atendimento, a integração de serviços e um comprometimento governamental com o financiamento e a política de saúde. O caminho para um sistema de saúde mais eficiente e equitativo requer um esforço conjunto de todos os setores da sociedade, visando sempre o bem-estar da população.

Referências

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; STRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debates e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1791–1818, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000700004

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615–626, mar. 2007.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva** , v. 929–934, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000400014

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150–153, 2007. DOI: 10.1590/S0034-89102007000100020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde entrega novas ambulâncias do SAMU e amplia cobertura do serviço em 2024**. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 2004. Seção 1, p. 43, coluna 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html. Acesso em: 05 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 dez. 2008. Seção 1, p. 66,

coluna 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008_comp.html. Acesso em: 05 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 dez. 2008. Seção 1, p. 69, coluna 1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971_08_12_2008.html. Acesso em: 05 jan. 2026.

COSTA, L. F.; CAVALCANTI, A. D. P.V.; SILVA, M. S.; DA SILVA, E. V. M. C.; PETRACKI, G. G. Conhecimento da equipe de enfermagem do SAMU sobre a preservação de vestígios de crime. **Revista Contemporânea**, v. 3, n. 11p. 20124–20141, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N11-014

DA SILVA, M. R. F.; ANDRADE, L. B.; AGUIAR, L. R.; KIMURA, G. H. D. A. P.; MARINHO, R. B. B.; DOS SANTOS, M. B. B. O Sistema Único de Saúde – SUS: sem conhecê-lo, como defendê-lo? **Revista de Extensão da Universidade de Pernambuco – REUPE**, v. 8, n.1, p. 11-16, 2023. DOI: 10.56148/2675-2328reupe.v8n1.302.pp52

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 7–14, 2004. DOI: 10.1590/S1413-81232004000100002

MALVESTIO, M. A. A.; SOUZA, R. C. de. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência da cobertura do SAMU 192. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2921–2934, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.22682021

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde pública**, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, jul. 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000700021

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In:* MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71–112.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8 p. 1877-1886, ago. 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000800016

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000. DOI: 10.1590/S0034-89102000000500018

O'DWYER, G. **O princípio da Integralidade e o SAMU**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva).– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T.; RECIPUTTI, L. P.; MACEDO, C.; LOPES, M. G. M. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.7: e00043716, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00043716

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 277-284, 2006. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019

OLIVEIRA, C. C. M.; O'DWYER, G.; NOVAES, H. M. D. Desempenho do serviço de atendimento móvel de urgência na perspectiva de gestores e profissionais: estudo de caso em região do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1337–1346, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022274.01432021

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, p. 11–26, 2006.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1342–1353, set./out. 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500029

RIBEIRO, E. M. **Universalidade e singularidade no campo da saúde**.Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, 2002.

RIBEIRO, M. C. S. D. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F. D.; & SILVA, Z. P. D. Perfil socio-demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, 1011–1022, out./dez. 2006. DOI: 10.1590/S1413-81232006000400022

RIGHI, L. B.; LIMA, R. D. C.; UBESSI, L. D.; HINTERHOLZ, L. B.; & Siqueira, M. D. D. Comportamento da Rede de Atenção à Saúde durante situações de desastres: estudo de caso da Boate Kiss em Santa Maria-RS. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 35–48, 2023. DOI: 10.1590/0103-11042022E803

SANTOS, J. S. Da fundação do hospital das clínicas à criação da unidade de emergência e sua transformação em modelo nacional de atenção hospitalar às urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 35, p. 403–418, jul./set. 2002. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v35i3p403-418

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E. L.; & SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção. **Medicina**, Ribeirão Preto, n.36, p. 498–515, abr./dez. 2003. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v36i2/4p498-515

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25–41, jan./jun. 2006. DOI: 10.1590/S1414-32832006000100003

SOARES, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1565–1572, jul. 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000700007

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P.; SCATENA, J. H. G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 51–57, 2017. DOI: 10.1590/1414-462X201700010188

TOFANI, L. F. N., FURTADO, L. A. C., ANDREAZZA, R., NASSER, M. A., BIZETTO, O. F., & CHIORO, A. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 134, p. 761–776, 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213412

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807–817, 2009. DOI: 10.1590/S1413-81232009000300016

VIANA, A. L. D.; FARIA, R.; PACÍFICO, H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 135–150. Disponível em: http://repositorio.asces.edu.br/handle/123456789/1288. Acesso em: 20 jan. 2026.

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO PRIMÁRIA E CUIDADOS PALIATIVOS: UM OLHAR INTEGRAL PARA O CUIDADO EM SAÚDE

Carolina Cardoso Tricarico
Valeria Teresa Saraiva Lino

Introdução

O Brasil tem apresentado uma transformação intensa e acelerada em relação ao seu perfil sociodemográfico e epidemiológico, revelando um aumento no envelhecimento da população e no surgimento de doenças crônicas ameaçadoras da vida (WHO, 2018). Este cenário exige uma nova organização dos modelos de cuidado em saúde.

Os cuidados paliativos se constituem como uma abordagem que privilegia a melhoria da qualidade de vida a partir de uma visão ampliada sobre o processo de saúde e doença, englobando aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Contudo, verifica-se que no Brasil, a discussão e a prática de cuidados paliativos ainda se apresentam de maneira incipiente, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (Guirro *et al.*, 2023).

A atenção paliativa, sustentada pelo princípio da integralidade, propõe um olhar ampliado às necessidades dos sujeitos enquanto totalidade, visando a articulação da rede de saúde na promoção do cuidado. Este debate demonstra a importância da organização da rede de saúde de forma integrada e com foco na atenção primária, visando a promoção da cobertura universal e entendendo que os cuidados paliativos não devem ser exclusivos ao âmbito hospitalar, mas sim a um cuidado contínuo que perpasse por todos os níveis de atenção (WHO, 2016).

Desta forma, este ensaio teórico tem como objetivo discutir a importância da oferta de cuidados paliativos na atenção primária frente à necessidade de fortalecimento da promoção do cuidado integral a pacientes com doenças ameaçadoras da vida realizando um diálogo entre autores que discorrem sobre o tema, além de publicações específicas da OMS e políticas de saúde brasileiras.

O tema será discorrido a partir de dois eixos: 1) *A importância dos cuidados paliativos na atenção primária para a promoção da integralidade do cuidado*, visando discorrer sobre as definições de cuidados paliativos, integralidade do cuidado e rede de saúde, assim como apresentar a inserção dos cuidados paliativos na realidade brasileira e a necessidade de construção integral dos cuidados paliativos na atenção primária de saúde; e 2) *A urgência dos cuidados paliativos como necessidade de integralidade e os desafios na construção de seu aparatolegal*, visando apresentar as legislações recentes sobre esta temática indicando a importância da integralidade na construção da atenção paliativa no Brasil, na perspectiva de integralidade.

A importância dos cuidados paliativos na atenção primária para a promoção da integralidade do cuidado

A discussão e a prática de cuidados paliativos no Brasil ainda se apresentam de forma muito incipiente, encontrando-se no berço de sua configuração e desenvolvimento no contexto da atenção à saúde. A inserção de serviços de cuidados paliativos no país se deu a partir da década de

1980 e apresentou leve aumento a partir do ano 2000 (Guirro *et al.*, 2023).

Segundo Guirro *et al.* (2023), a realidade brasileira enfrenta alguns desafios inerentes à sua incipiência, além da quantidade reduzida de serviços frente à dimensão territorial brasileira, verifica-se também o número reduzido de profissionais qualificados no âmbito da atenção paliativa, a desigualdade na distribuição, com concentrações nas regiões Sudeste e Sul, enquanto nas regiões como Norte e Nordeste apresentam carência desses serviços, e o direcionamento da atenção paliativa para o âmbito hospitalar, apresentando-se de forma limitada enquanto rede de saúde, principalmente na atenção primária.

Compreende-se cuidados paliativos, segundo a OMS, como:

> [...] uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos, psíquicos, sociofamiliares e espirituais (2002 *apud* ANCP, 2018, p. 2).

A partir desta compreensão, é possível destacar a visão de totalidade dos sujeitos e de suas necessidades, que se expressam de maneira multidimensional, e a importância deste cuidado ser introduzido de maneira precoce e de forma integral.

Segundo estimativas da OMS cerca de "40 milhões de pessoas com doenças terminais, e milhões de outras que não morrem iminentemente, necessitam de cuidados paliativos todos os anos. Mas 86% das pessoas necessitadas não o recebem [...]" (WHO, 2018, p. 13, [tradução própria]). Somada à grande estimativa de necessidade, a compreensão sobre a prática de cuidados paliativos, especialmente no Brasil, é atravessada culturalmente pelo entendimento de que ela se dá apenas como o cuidado ao final da vida, ou ainda pior, como a desistência e ausência de cuidado e tratamento. Da mesma maneira, de forma equivocada, ele é associado somente ao ambiente hospitalar em situações mais graves e complexas. Todas essas compreensões colaboram para a dificuldade do acesso e da complexidade de implementação de políticas, programas e serviços.

Pensar a distribuição de serviços enquanto rede de saúde requer fundamentalmente a desmistificação e condução dos cuidados paliativos como práticas para além do espaço hospitalar sob a ótica da integralidade do cuidado, como afirma a OMS: "É importante que os cuidados paliativos não sejam considerados algo que só os hospitais podem fazer. Pode ser prestado em qualquer ambiente de cuidados de saúde, e nas casas dos pacientes e pode ser implementado com sucesso mesmo que os recursos sejam limitados" (WHO, 2016, p. 9, [tradução própria]).

Os autores afirmam que a atenção primária se apresenta como "estratégia de menor custo e maior impacto na saúde de uma população" (ANCP, 2018, p. 6), porém os dados apresentam a limitação da oferta desse serviço neste nível de atenção. Afirmam ainda que se torna mais grave observar

que a "oferta de cuidado paliativo pode ser considerada uma exceção no sistema de saúde brasileiro" ANCP, 2018, p. 6).

Desta forma, falar sobre cuidados paliativos, na perspectiva de oferta ampliada do serviço enquanto rede de saúde, relaciona-se inteiramente com o debate sobre integralidade do cuidado em saúde. A integralidade se configura como princípio indispensável do SUS estabelecido pela Lei nº 8.080 de 1990 (Brasil, 1990).Este princípio, refletindo a concepção ampliada de saúde, que prevê um olhar amplo sobre as necessidades, demandas e especificidades dos sujeitos envolvidos por aspectos sociais, econômicos e culturais, expressa a compreensão da totalidade do indivíduo.

A Lei nº 8.080/90 define a integralidade como "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Brasil, 1990). Embora esta definição expresse uma visão restrita a ações e serviços preventivos e curativos, com o avanço do debate paliativista no Brasil, tem-se a introdução desta prática enquanto promoção da integralidade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por exemplo, aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, define a integralidade como:

> [...] o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabili-

> tação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (Ministério da Saúde, 2017).

A integralidade do cuidado se dá como base na discussão de RAS e articulação intersetorial no olhar amplo ao paciente, em especial pautando-se na discussão aqui apresentada, entre os pacientes com doenças ameaçadoras da vida. Mendes (2010) destaca que a RAS tem uma unidade em sua missão, visando a continuidade da atenção em uma perspectiva integral, tendo a atenção primária o papel de coordenação. O autor define rede de saúde como:

> [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo

> certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade — com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2010, p. 2300).

A oferta de cuidados paliativos, na perspectiva de integralidade, deve ser organizada em toda rede de saúde, a partir da criação de mecanismos de transição suaves, prevendo a continuidade do cuidado, entendo que os cuidados paliativos são uma responsabilidade ética dos sistemas de saúde e também dos profissionais de saúde na perspectiva de "aliviar a dor e o sofrimento, seja físico, psicossocial ou espiritual, independentemente de a doença ou condição poder ser curada" (WHO, 2018, p. 9, [tradução própria]). Os autores ressaltam também que não é necessário que este cuidado seja prestado por médicos especialistas, mas sim "a maior parte dos cuidados paliativos pode e deve ser prestada por profissionais de cuidados primários com pelo menos formação básica em cuidados paliativos" (WHO, 2018, p. 10, [tradução própria]).

A construção dos cuidados paliativos na realidade brasileira deve se fundar na integralidade e na continuidade do cuidado. Defende-se que os Cuidados Paliativos não devem ser tratados como uma especialidade, mas como parte de todo profissional de saúde, como afirma as orientações da OMS:

> Os cuidados paliativos estão integrados na continuidade dos cuidados de saúde, tornando-os um componente essencial dos cuidados primários. É visto como uma

> atividade normal de cuidados de saúde e não como uma atividade especializada. *Planning andimplementing* (WHO, 2016, p. 42, [tradução própria])

A APS se dá como porta de entrada para o sistema de saúde. Nesta perspectiva a oferta de cuidados paliativos no nível primário se apresenta como uma forma de garantia de integralidade do cuidado (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022). Dessa forma, as orientações da OMS indicam que:

> [...] os cuidados paliativos básicos que podem prevenir ou aliviar a maior parte do sofrimento devido a problemas de saúde graves ou potencialmente fatais podem ser facilmente ensinados a médicos generalistas, podem ser prestados na comunidade e requerem apenas medicamentos e equipamentos simples e baratos (WHO, 2018, p. 1, [tradução própria]).

Nesta perspectiva, a organização das competências da APS no âmbito dos cuidados paliativos se pauta na identificação precoce (juntamente do tratamento) e avaliação da necessidade, prevenção e alívio dos sintomas, realização de encaminhamentos, quando necessário, a um nível de atendimento superior, apoio emocional e planejamento de cuidados futuros. A organização dos cuidados paliativos da APS, juntamente da organização em todos os níveis de atenção de forma integral, pode, segundo os autores (WHO, 2018), melhorar

os resultados dos pacientes, reduzir o uso excessivo disfuncional de hospitais e intervenções não benéficas, melhorar o desempenho do sistema de cuidado de saúde, reduzir custos e principalmente, promover a cobertura universal.

Contudo, os autores (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022) identificam várias dificuldades para a implementação dos cuidados paliativos na APS, como a falta de capacitação específica dos profissionais de saúde, falta de financiamento e ausência de políticas públicas claras. Discutem também (WHO, 2018) a necessidade de enxergar os cuidados paliativos não somente para aqueles que estão em fim de vida, mas para todos que possuem doenças que ameacem a vida, compreendendo os cuidados paliativos de forma integrada à prevenção e tratamento, e não como alternativa. Os cuidados paliativos não só aliviam o sofrimento, mas também antecipa as possíveis causas de sofrimento e as previne.

Para isso, faz-se necessário a ampliação e integração dos cuidados paliativos aos serviços existentes:

> Os sistemas nacionais de saúde são responsáveis por incluir os cuidados paliativos no *continuum* de cuidados às pessoas com problemas de saúde crônicos graves e que limitam a vida, ligando-os a programas de prevenção, detecção precoce e tratamento. Uma abordagem abrangente para fortalecer os cuidados paliativos requer políticas e planos nacionais, disponibilidade de medicamentos essenciais (especialmente morfina oral), educação

> dos decisores políticos, dos profissionais de saúde e do público, e implementação de serviços de cuidados paliativos de acordo com os princípios de cobertura universal de saúde (WHO, 2016, p. 47).

Dessa forma, é apontada a importância da integração dos cuidados paliativos às políticas de saúde pública para garantir a integralidade do cuidado (ANCP, 2018), assim comodefende a ampliação desses serviços para garantir cobertura mais equitativa e universal(Guirro *et al.*, 2023).

A urgência dos cuidados paliativos como necessidade de integralidade e os desafios na construção de seu aparato legal

Como já relatado, a atenção paliativa na realidade brasileira se apresenta de forma muito recente, e não é diferente quando se trata de seus aspectos legais. Foi em 2014, com a publicação da Resolução WHA 67.19, pela Assembleia Mundial da Saúde, que é direcionada ao mundo a preocupação com doenças e agravos não transmissíveis, incentivando os países membros a efetuarem a atenção paliativa em seus sistemas de saúde, com ênfase na atenção básica e no atendimento domiciliar (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

Somente a partir deste direcionamento que o Ministério da Saúde apresenta os cuidados paliativos como uma necessidade de saúde através da publicação da Portaria nº 483, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas

com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (MS, 2014). Dessa forma, hoje a inserção dos cuidados paliativos como recurso a ser fornecido, superando a realidade anterior que trazia uma perspectiva centrada apenas na proteção, prevenção, cura e reabilitação. Destaca-se que a própria definição de integralidade do cuidado é alterada nesta perspectiva como apresentado anteriormente. Os autores Rodrigues, Silva e Cabrera (2022) afirmam que esta omissão dos cuidados paliativos nas legislações brasileiras expressa um comportamento de negação da finitude e da morte no âmbito do sistema de saúde:

> Os fundamentos da atenção básica estão dados desde a Declaração de Alma-Ata, com foco na cura, reabilitação e omissão em relação aos cuidados paliativos. No território brasileiro, a omissão continua nos documentos oficiais que fundamentam o funcionamento da sociedade e do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº8.080/1990 e nº8.142/1990. Estas lacunas no ordenamento legislativo brasileiro podem ser compreendidas como um comportamento de negação da morte e do sofrimento, uma vez que enfocam ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sem mencionar os cuida-

dos com a finitude (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022).

De forma continuada, as legislações de saúde começam a tomar forma, inserindo a atenção paliativa como necessidade. Em 2018, é aprovada a *Resolução nº 41/2018*, que estabelece as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS (MS, 2018) e, em 2024, é aprovada a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP-SUS) pela Portaria GM/MS nº 3.681 (MS, 2024).

As diretrizes da PNCP destacam a importância da ampliação da atenção paliativa na perspectiva de universalidade, equidade e integralidade, sendo necessária sua inserção em todos os níveis de atenção. Destaca-se ainda, como diretriz, a importância do "fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, por meio da corresponsabilização, integralidade do cuidado e compartilhamento das decisões de saúde entre os pontos de atenção da referida rede" (MS, 2024).

A integração dos cuidados paliativos à rede de saúde, com ênfase na atenção primária, se configura como objetivo da política (MS, 2024), entendendo que a competência deste nível de atenção incorpora a oferta de um conjunto de ações de saúde em cuidados paliativos, no âmbito individual e coletivo, por meio das diferentes equipes, nas UBS, domicílios e territórios. Destaca-se ainda que a equipe da UBS deve realizar os cuidados paliativos de forma integrada com os outros pontos de atenção da RAS, utilizando-se do mesmo plano de cuidado (MS, 2024).

Nessa perspectiva, a PNAB (MS, 2017) insere os cuidados paliativos como serviço a ser promovido, somando-se a ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, e vigilância em saúde, realizada de forma multiprofissional, no território. Nesta ótica, a atenção paliativa se expressa como uma necessidade integral da população.

Considerações finais

Ao longo deste ensaio teórico foi possível demonstrar a importância dos cuidados paliativos para a promoção da integralidade do cuidado em saúde, especialmente no contexto da atenção primária. A inserção e o avanço desta prática propõem o olhar sobre as necessidades diversas dos pacientes com doenças ameaçadoras da vida. É fundamental a superação da exclusividade hospitalocêntrica na atenção paliativa e que esta seja incorporada de forma transversal em todos os níveis de atenção à saúde. Compreender o papel da atenção primária como coordenadora do cuidado, nos permite o empenho por uma assistência, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, de forma contínua, humanizada e integral.

A inserção dos cuidados paliativos no Brasil ainda se encontra em fase embrionária e apresenta desafios como a baixa oferta de serviços, principalmente na atenção primária, e a falta de profissionais qualificados para promoção deste cuidado. Contudo, verifica-se também que nos últimos anos os aspectos legais têm apresentado avanços, como a aprovação recente da PNCP reforçando o compromisso

com a integralidade do cuidado. É necessária a ampliação do debate e estudos sobre esta temática e a capacitação de profissionais no âmbito da atenção primária, para assim promover a construção da oferta de cuidados paliativos de forma integral em todos os níveis de atenção, assegurando uma cobertura universal e equitativa. Isso permite não apenas a melhoria dos resultados para os pacientes, mas também uma gestão mais eficiente e humana do sistema de saúde como um todo.

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2018. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf. Acesso em: 06 jan. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 06 jan. 2026.

GUIRRO, Ú. B. do P.; CASTILHO, R. K.; CRISPIM, D.; LUCENA, N. C. de. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil.** São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023. Disponível em: https://cuidadospaliativos.org/uploads/2024/1/Atlas-ANCP.pdf. Acesso em: 06 jan. 2026.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, MG, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010. DOI: 10.1590/S1413-81232010000500005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/abstract/?lang=pt. Acesso em: 06 jan. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 24 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério as Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde,Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 26 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/reso041_23_11_2018.html. Acesso em: 24 jul. 2024.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. da; CABRERA, M. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 23 set. 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT130222. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5YFBVDsFw5kgB7c/abstract/?lang=pt. Acesso em: 06 jan. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care**: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/274559. Acessoem: 6 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Planning and implementing palliative care services**: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/250584. Acesso em: 6 jul. 2024.

CAPÍTULO 4

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE: O PAPEL DAS COMUNIDADES COMPASSIVAS

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Valeria Teresa Saraiva Lino
Ernani Costa Mendes

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) chama a atenção para o fenômeno do envelhecimento populacional mundial. Apesar de as pessoas estarem vivendo mais, em muitos casos, o avanço da idade está acompanhado de múltiplas cargas de doenças (OPAS, 2020). Tal condição acarreta preocupações quanto ao bem-estar e qualidade de vida das pessoas no Brasil, uma vez que o país ainda não desenvolveu políticas públicas sustentáveis para atender às demandas progressivas por cuidados, especialmente de idosos dependentes (Câmara dos Deputados, 2017).

Segundo uma pesquisa realizada pela *The Economist Intelligence Unit*[1] (2015), entre 80 países do mundo, visando averiguar a qualidade de morte das pessoas, o Brasil ocupou a 42ª colocação. Isso significa dizer também que a qualidade

1 Em 2010, a *The Economist Intelligence Unit* desenvolveu um índice que classificou a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados a pessoas em fim de vida em 40 países. Encomendado pela *Lien Foundation*, organização filantrópica de Singapura, o índice consistia em 24 indicadores em quatro categorias. O estudo desencadeou uma série de debates políticos sobre a prestação de cuidados paliativos e cuidado de fim de vida em todo o mundo. Uma nova versão do índice foi solicitada para observar a evolução global dos cuidados paliativos. Na versão de 2015, algumas mudanças foram consideradas, como o aumento do número de países incluídos, de 40 para 80; pontuações em 20 indicadores quantitativos e qualitativos em cinco categorias. Como as versões são diferentes entre si, não é possível a comparação direta das pontuações entre esses anos (*Economist Intelligence Unit*, 2015, tradução nossa).

e a disponibilidade dos cuidados paliativos brasileiros são baixas e ainda há deficiências de políticas públicas.

Cuidados paliativos são uma abordagem de suma importância no sistema de saúde para amenizar o sofrimento evitável de pessoas com doenças que ameacem a continuidade da vida, sendo um componente fundamental para o atendimento integral de quem dele necessita, visam tanto a qualidade de vida do paciente quanto de seus familiares (Mendes, 2015).

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos abrangem as dimensões biopsicossocial e espiritual do paciente e de sua família e, sendo assim, deverão ser atendidos com esta visão integral por um sistema de saúde também integral (WHPCA; WHO, 2020).

Para Mendes, Vasconcellos e Santos (2018, p. 59) o "conceito de cuidados paliativos envolve a integralidade no tratamento do paciente e sua família, principalmente no que diz respeito às várias dimensões e especificidades".

Em se tratando de uma população que é atingida pela desigualdade social — por meio da pobreza, baixa escolaridade, ausência de saneamento básico, baixa oferta de serviços públicos como, por exemplo, assistência social, educação, saúde, lazer, cultura, entre outros, que intensificam a vulnerabilidade da população das favelas cariocas —, há de se pensar em estratégias que deem conta das necessidades de pessoas que sofrem com doenças crônicas e evolutivas, visando a qualidade de vida e de morte para essa população, tendo como norte que cada pessoa é um todo indivisível com seus diversos graus de complexidade e que o sistema de saúde deve ser capaz de prestar assistência integral.

Cuidados paliativos

O conceito de cuidados paliativos é complementado pelos princípios: alívio da dor e sofrimento; afirmação da vida e da morte como processo natural; respeito ao tempo da morte sem aceleração ou adiamento; integração de aspectos psicoespirituais no cuidado; suporte à vida ativa o quanto possível; suporte para familiares durante a doença e o luto; abordagem multiprofissional inclusive no luto; influência positiva no curso da doença; início o mais precoce possível, devendo ser ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento proveniente de doença grave, especialmente, àqueles que estão no final da vida (WHO, 2002).

Embora os cuidados paliativos sejam reconhecidos como um direito humano à saúde, a OMS estima que no mundo 56,8 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos, sendo que apenas 14% dos pacientes que precisam de cuidados paliativos os recebem (WHPCA; WHO, 2020).

A OMS e a organização não governamental *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA) realizaram um estudo no qual foram apontadas a existência de três barreiras globais que devem ser superadas para atender à necessidade em cuidados paliativos nos países: 1) políticas públicas; 2) educação em cuidados paliativos e 3) acesso aos analgésicos opioides (WHPCA; WHO, 2020).

Tais barreiras seguem persistentes no Brasil, embora várias iniciativas tenham sido implementadas ao longo

dos anos em prol de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Mendes (2017) aponta que

> [o] Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os cuidados paliativos no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde. Contudo, existe somente um instrumento legal, Portaria MS/GM Nº 874/2013, que regulamenta os cuidados paliativos no câncer (Mendes, 2017, p. 50).

Em 2018, foi publicada a Resolução nº 41, pactuada durante a 8ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do SUS. Embora não tenha força de lei, ela constituiu um grande passo na construção de uma política nacional.

Em 2022, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos realizou um levantamento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, no qual constatou 234 serviços assistenciais em todo o país (Guirro *et al.*, 2023). A figura 1 apresenta um crescimento gradual na oferta dos cuidados paliativos no Brasil.

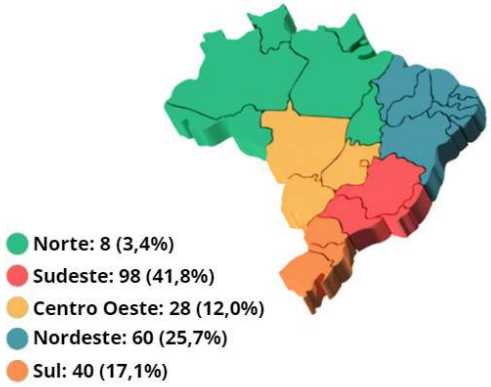
Figura 1 – Aumento de serviços de Cuidados Paliativos no Brasil



Fonte: Guirro *et al.* (2023, p. 14).

Mas, apesar deste aumento dos serviços, a cobertura no território nacional mostra-se ainda incipiente e desigual, concentrando-se majoritariamente nas regiões sul e sudeste.

Figura 2 – Distribuição de serviços por região do país



Guirro *et al.* (2023, p. 16).

Em 2023, um movimento social constituído nacionalmente, Frente PaliAtivistas, articulou-se e desenvolveu diversas ações em prol da criação de uma política pública de cuidados paliativos no Brasil, com financiamento próprio e com o desafio de pensar os cuidados paliativos dentro das necessidades da população, respeitando as diversas perspectivas e peculiaridades da territorialização brasileira. A bandeira da Frente PaliAtivistas surge da motivação

> [...] em defesa do acesso aos Cuidados Paliativos em todos os níveis de atenção em saúde, desde o diagnóstico e em toda a evolução de uma doença grave, garantindo o direito à vida com dignidade até o momento da morte e apoio ao enlutado.
>
> Defendemos a inclusão dos Cuidados Paliativos como Política de Estado e com garantia de financiamento, defendemos a desburocratização e disponibilização de medicações essenciais para o controle da dor e outros sintomas. Defendemos Cuidados Paliativos como um DIREITO HUMANO, tendo como princípios inarredáveis a VALORIZAÇÃO DA VIDA E DA DIGNIDADE HUMANA, em acordo com a Declaração de Alma-Ata, onde todas as pessoas importam e não podem ser deixadas para trás (Fripp *et al.*, 2023, p. 3).

Ainda em 2023, cabe ressaltar a atuação da Frente PaliAtivista na formação da I Conferência Livre Nacional de Cuidados Paliativos (CLN-CP), com o tema *Cuidados Paliativos: um direito humano – políticas públicas já!*, cuja ação contabilizou 20 propostas construídas nos grupos de trabalho e encaminhadas para a Conferência Nacional de Saúde. Na qual foi aprovada a implementação de uma PNCP integrada à RAS e com o componente de cuidado na APS através de ESF, com garantia de financiamento juntamente com todas as propostas das CLN-CP (Fripp *et al.*, 2023).

Após esse marco para os cuidados paliativos brasileiros, em 2024, foi aprovada a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a PNCP no âmbito do SUS.

A PNCP surge como uma luz para a implementação dos cuidados paliativos no Brasil, mas, por ser recente, não há como mensurar seu impacto, de fato, na vida de quem precisa ser assistido pelos cuidados paliativos.

Como demonstrado, existem algumas iniciativas no Brasil para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, no entanto elas são ainda desarticuladas e isoladas, além disso, estão concentradas nos principais centros urbanos, o que dificulta o acesso de grande parte da população brasileira.

Para alcançar as múltiplas dimensões que a abordagem paliativa preconiza, se faz necessária a implementação dos cuidados paliativos em toda a extensão do sistema de saúde, principalmente, fortalecendo a APS, que é a base do sistema.

Quando se trata da população que mora em favelas, sabe-se que o acesso ao sistema de saúde, por vezes, é insuficiente ou inexistente. Segundo Dantas e Micheli (2021),

> [a]s situações de pobreza e vulnerabilidades vivenciadas por grande parte da população mundial, em especial pelos moradores das favelas nas periferias de grandes centros urbanos, são desafios complexos que precisam ser analisados e superados conforme a realidade de cada território, de cada povo e de cada tempo, tendo em vista que o tamanho da cidade é diretamente proporcional à exposição de suas mazelas, ou seja, quanto maior e mais populosa, mais visíveis se tornam suas carências (Dantas; Micheli, 2021, p. 2770).

Segundo pesquisa divulgada em maio de 2023 do Instituto Data Favela, 68% dos moradores de favelas brasileiras não conseguem acessar serviços de saúde. Além disso, os entrevistados apontaram entraves com os serviços de saúde, como: atendimento precário; demora para fazer exames; falta de médicos e equipamentos, bem como dificuldades para chegar às UBS (Freire, 2023).

Dantas e Micheli (2021) referem que, mesmo com dificuldade de acesso a bens básicos, a favela é espaço fecundo, onde há um sentimento de pertencimento, solidariedade e resistência em seus moradores. De posse disso, a Comu-

nidade Compassiva é um campo fértil para atender aos princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Comunidade Compassiva

Faz-se necessário, no entanto, expandir os cuidados paliativos para além dos serviços de internação, ambulatório, assistência domiciliar, instituições de longa permanência com a finalidade de alcançar as pessoas que deles necessitam. Segundo Mesquita *et al.* (2023, p. 2) "[...] às características das diferentes condições ameaçadoras da vida, por vezes, as pessoas nem sempre requerem cuidados que exigem hospitalização, mas necessitam que certos cuidados sejam oferecidos por profissionais de saúde capacitados em seus domicílios."

Diante dessa necessidade, emerge o desenvolvimento comunitário, no qual a própria comunidade se organiza com o objetivo de auxiliar as pessoas de sua localidade que vivem com doenças que ameaçam a vida, incluindo a dos familiares e a dos cuidadores no centro do cuidado.

A Comunidade Compassiva tem foco no fortalecimento das relações de ajuda mútua, na capacidade dos cidadãos de participarem ativamente no desenvolvimento de suas comunidades e na criação de conexões sociais. Trata-se de uma proposta que mobiliza vários atores, como pacientes, familiares, vizinhos e cidadãos, indo além do sistema profissional de saúde — serviços locais de educação; organizações comunitárias, grupos espirituais, entre outros —, incentivando ainda a criação de parcerias para apoiar o

desenvolvimento de capacidades comunitárias e a resiliência em questões relacionadas ao adoecimento, à morte e ao luto, muitas vezes, com foco nas desigualdades na saúde, na diversidade e na inclusão social (Kellehear, 2013).

O termo Comunidade Compassiva, cunhado por Allan Kellehear, sociólogo e médico de Saúde Pública, deriva do conceito de *cidades saudáveis* ou *comunidades saudáveis* estabelecido pela OMS, ancorado no trabalho da Carta de Ottawa, porém com uma nova proposta de entender a Saúde Pública que transcende a ausência de doença e que coloca a participação social como um dos seus pilares. Nesse sentido, a proposta de Comunidade Compassiva coaduna perfeitamente com os princípios dos cuidados paliativos (Kellehear, 2013).

Como ações fundamentais nas Comunidades Compassivas, Kellehear (2013) propõe a informação e a elaboração de políticas para a saúde, incluindo aspectos sobre o morrer e a morte, bem como a efetivação das diretrizes estabelecidas pela Carta de Ottawa: 1) defesa da saúde; 2) capacitação; 3) mediação; 4) políticas públicas saudáveis; 5) ambientes favoráveis; 6) ações comunitárias; 7) desenvolvimento de habilidades pessoais; 8) reorientação dos serviços de saúde.

> As principais contribuições das Comunidades Compassivas são normalizar a morte, o morrer e o luto por meio da alfabetização sobre a morte, ao mesmo tempo em que constroem capacidade de cuidado sustentável e baseada em rede (desenvolvimento comunitário) para

> promover a equidade no acesso aos cuidados de fim de vida (Mills, 2024, p. 104, tradução nossa).

As Comunidades Compassivas são uma realidade em vários países (Dumont *et al.*, 2022). No Brasil, a iniciativa da Comunidade Compassiva surge em 2019, impulsionada pelo enfermeiro e professor da Universidade Federal de São João del-Rei, em Minas Gerais, Alexandre Ernesto Silva, inicialmente nas favelas da Rocinha e Vidigal, ambas no Rio de Janeiro (Mesquita *et al.*, 2023).

No Brasil, até dezembro de 2024, essa estratégia foi implementada ou estava em fase de implementação nos seguintes estados: Rio de Janeiro (Favelas Compassivas da Rocinha — a primeira Comunidade Compassiva do Brasil —, Vidigal, Morro dos Macacos — em fase de implementação), de MG (Cabana Compassiva e Betim Compassiva), Goiás (Goiânia Compassiva); São Paulo (Heliópolis Compassiva); Rio Grande do Norte (Barrocas Compassiva); Fortaleza (Fortaleza Compassiva); Distrito Federal (Sol Nascente); Salvador/BA (Candeal) e, futuramente, será implantada mais uma na favela de Manguinhos no Rio de Janeiro.

Uma questão que se destaca nesse contexto é que as favelas, ao longo de sua história, já desenvolvem ações de ajuda mútua, assim, as ações desencadeadas pela Comunidade Compassiva ampliam o olhar da saúde, impulsionando redes de apoio para assistir pessoas com doenças crônicas progressivas.

> A despeito de todo histórico de estigmas, estereótipos e de muitas políticas públicas configuradas num formato clientelístico e/ou tutelador, os moradores das favelas cariocas têm demonstrado, diante dos cenários de supressão de direitos, uma capacidade organizacional importante. A resiliência, tal como apregoada por organismos internacionais, há tempos se configura como fenômeno presente nesses territórios, manifestada em ações de solidariedade, reivindicação e organização sócio-política, além de um vasto cabedal de ações de geração de renda (Fernandes; Lima, 2020).

Em um país altamente desigual como o Brasil, tanto em dimensões socioeconômicas quanto em questões raciais interseccionalizadas, atravessando classe, gênero, sexualidade, território, entre outros marcadores sociais, torna-se premente a necessidade de uma rede de apoio que auxilie a população no acesso aos serviços de saúde, sem eximir do Estado sua responsabilidade de garantir o direito fundamental à saúde. Sendo assim, as Comunidades Compassivas podem ser um elo importante entre o sistema de saúde, a sociedade e a rede de suporte para pessoas com doenças ameaçadoras da vida e seus familiares (Mills, 2024). Auxiliando "as pessoas do território a se enxergarem como pessoas que fazem parte da sociedade, dignas de usufruírem de tudo o que o Sistema tem a ofe-

recer como direito e não como favor" (Avila; Silva, 2023, p. 26-27).

Em uma visão ampliada de saúde, a PNCP inseriu no seu bojo o incentivo e apoio ao desenvolvimento de Comunidades Compassivas, o que fortalece o papel das comunidades como articuladoras no território, promovendo uma rede de cuidado e suporte que transcende os serviços de saúde tradicionais e se integra ao tecido social de maneira orgânica (Brasil, 2024).

Considerações finais

Não se pode ignorar o quanto a violência implica a garantia do direito à saúde, pois, além de serem vítimas da criminalidade com maior frequência, os moradores de favelas sofrem também com o impedimento de acesso a serviços.

Embora o SUS em seus princípios fundamentais englobe o acesso universal, integral e equitativo, muitas pessoas têm dificuldade de acessar o sistema ou acessam tardiamente.

Ao analisar o princípio da integralidade no SUS, que considera as pessoas de forma holística, como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, é indispensável a integração de ações, desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. A integralidade requer uma colaboração entre diferentes setores para melhorar a saúde e o bem-estar da população, reconhecendo que a saúde é influenciada por diversos fatores sociais, econômicos e ambientais, e portanto, requer uma abordagem holística (Brasil, 2024; MS, [*s. d.*]). Percebe-se que tanto

o conceito de cuidados paliativos quanto o de Comunidade Compassiva coadunam com o princípio da integralidade.

As Comunidades Compassivas podem ser uma estratégia de resiliência para o sistema de saúde que sofre constantemente com o desmonte.

Referências

AVILA, C.; SILVA, H. (org.). **Cartilha Saúde na Favela numa Perspectiva Antirracista**. Rio de Janeiro: Movimento Negro Unificado, Fiocruz, 2023. Disponível em: https://fiocruz.br/documento/2023/12/cartilha-saude-na-favela-numa-perspectiva-antirracista. Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 3.681, de 7 de maio de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 98, p. 215, 7 mai. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Brasil 2050**: desafios de uma nação que envelhece. Brasília: Coordenação Edições Câmara, 2017. (Edições Câmara).

DANTAS, J. G. T.; MICHELI, D. de. A favela onde moro: o território sob a perspectiva dos jovens. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2769–2782, jul. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021267.07552021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/k9LtzBmFfsBYZ6LJn3qBSmF/?format=html&lang=pt. Acesso em: 22 mai. 2025.

DUMONT, K.; MARCOUX, I.; WARREN, É.; ALEM, F.; ALVAR, B.; BALLU, G.; BOSTOCK, A.; COHEN, S. R.; DANEAULT, S.; DUBÉ, V.; HOULE. J.; MINYAOUI, A.; ROULY, G.; WEIL, D.; KELLEHEAR, A.; BOIVIN, A. How compassionate communities are implemented and evaluated in practice: a scoping review. *BMC* **Palliative Care**, v. 21, n. 1, p. 131, dez. 2022. DOI: 10.1186/s12904-022-

01021-3 . Disponível em: https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01021-3. Acesso em: 12 mai. 2023.

FERNANDES, T.; LIMA, A. Covid-19 em favelas: vulnerabilidades sociais e auto-organização em Manguinhos. **Agência Fiocruz de Notícias**, [*S. l.*], Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/covid-19-em-favelas-vulnerabilidades-sociais-e-auto-organizacao-em-manguinhos. Acesso em: 17 ago. 2023.

FREIRE, L. Plano Integrado de Saúde nas Favelas RJ inclui ações sociais para promoção da qualidade de vida. **IG Saúde**, [*S. l.*], 7 set. 2023. Disponível em: https://saude.ig.com.br/2023-09-07/saude-favela-rio-de-janeiro.html. Acesso em: 07 set. 2023.

FRIPP, J.; SALMAN, S.; SALMAN, A.; SALMAN, M. **Paliativista Frente de Cuidados Paliativos pelo Brasil** – relatório consolidado 2023. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: https://linktr.ee/FrentePaliATIVISTAS. Acesso em: 02 fev. 2024.

GUIRRO, Ú. B. do P.; CASTILHO, R. K.; CRISPIM, D.; LUCENA, N. C. de. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2023. Disponível em: https://paliativo.org.br/academia-nacional-de-cuidados-paliativos-lanca-dados-ineditos-sobre-os-cuidados-paliativos-no-brasil/. Acesso em: 19 dez. 2023.

KELLEHEAR, A. Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. **QJM**, v. 106, n. 12, p. 1071–1075, 1 dez. 2013. DOI: 10.1093/qjmed/hct200. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24082152/. Acesso em: 12 mai. 2023.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. D. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, [*S. l.*], v. 39, n. 106, p. 881–892, set. 2015.

MENDES, E. C. **Cuidados Paliativos e Câncer**: Uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania. 2017. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio

de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/24828/ve_Ernani_Mendes_ENSP_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 15 fev 2020.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C.; SANTOS, A. P. M. B. Cuidados paliativos no Brasil – discutindo o conceito. **Cad. Saúde,** v. 10, n. 2, p. 55–64, 2018. DOI: 10.34632/cadernosdesaude.2018.6777. Disponível em: https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/6777. Acesso em: 02 jun. 2018.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

MESQUITA, M. G. R.; SILVA, A. E.; COELHO, L. P.; MARTINS, M. R.; SOUZA, M. T.; TROTTE, L, A, C. Comunidade compassiva de favela: ampliando o acesso aos cuidados paliativos no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [*S. l.*], v. 57, p. e20220432, 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0432pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Vq6km5zqRKNFK4JSCzzW3Jh/?lang=pt. Acesso em: 07 jul. 2023.

MILLS, J.; ABEL, J.; KELLEHEAR, A.; NOONAN, K.; BOLLIG, G.; GRINDOD, A.; HAMZAH, E.; HABERECHT, J. The role and contribution of compassionate communities. **Lancet Public Health**, v. 404, July 13, 2024. Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2823%2902269-9. Acesso em: 26 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 24 jul. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/sus. Acesso em: 06 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e. Acesso em: 18 set. 2022.

THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (EIU). **The 2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world**. Lien Foundation, Singaporean Philanthropic Organisation, 2015. Disponível em: https://maisonstraphael.org/wp-content/uploads/2016/02/The_Economist_Quality_of_Death_Index_October_2015_Part1.pdf. Acesso em: 06 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (org.). **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WHPCA); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas of Palliative Care**. 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3. Acesso em: 06 mar. 2023.

CAPÍTULO 5

A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS

Helga Rocha Pitta Portella Figueiredo
Gustavo Corrêa Matta

Introdução

O Termo Saúde Mental, vem sendo amplamente discutido nos últimos anos, principalmente em decorrência do adoecimento da população desencadeado por crises econômicas e polarização social; emergências de saúde pública; a crescente crise climática, entre outros fatores. De acordo com o Relatório de Saúde Mental Global, publicado em 2022 pela OMS, atualmente, todos os países enfrentam desafios significativos relacionados à saúde mental, que impactam tanto a saúde pública quanto a economia. Aproximadamente uma em cada oito pessoas no mundo vive com algum transtorno mental, sendo os transtornos de ansiedade e depressão os mais prevalentes. Nesse contexto, a APS assume um papel cada vez mais relevante no cuidado integral em saúde mental, uma vez que as intervenções de promoção e prevenção são eficazes ao identificar os determinantes individuais, sociais e estruturais da saúde mental. A partir dessa identificação, é possível intervir para reduzir os riscos, fortalecer a resiliência e criar ambientes de apoio à saúde mental (Gama *et al.*, 2021).

Em nosso país, a APS é a porta de entrada preferencial do usuário no SUS, onde este deve ter assegurado qualquer nível de cuidado necessário. A integralidade, juntamente da universalidade e da equidade, forma os três pilares doutrinários do SUS, que emergiram como conquistas de um

longo processo de luta social em defesa dos direitos de cidadania. Esse movimento sanitário resultou na consagração da saúde como um direito universal, assegurado a todos os brasileiros, e como uma responsabilidade fundamental do Estado, que deve garantir o acesso integral, equitativo e de qualidade aos serviços de saúde (Pinheiro; Mattos, 2001)

Baseado no aumento da necessidade do diálogo sobre a saúde mental da população brasileira e compreendendo a responsabilidade da APS como coordenadora do cuidado, este ensaio objetiva compreender se a APS no Brasil garante uma assistência em saúde mental de forma integral.

Desenvolvimento

O conceito de integralidade traz consigo uma gama de fundamentos, entre estes, a importância de uma abordagem completa e complexa do cuidado à saúde. Conforme Sampaio e Bispo Júnior (2021), a integralidade envolve uma compreensão ampliada do sujeito, que não se restringe ao corpo biológico, mas engloba a totalidade de sua existência social, política e econômica. Nesse sentido, o conceito sugere uma visão mais complexa do ser humano, inserindo suas relações com a família, a comunidade e a sociedade e considerando os determinantes sociais de saúde e de adoecimento como condições de moradia, educação, trabalho e renda.

O MS, em 2011, por meio da PNAB, oferece uma interpretação complementar do conceito de integralidade, definindo-a como um conjunto de serviços que visam atender às necessidades da população em diversos âmbitos, desde a

promoção da saúde até os cuidados paliativos. Isso abrange a prevenção de doenças, a cura, a reabilitação, a redução de danos e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos. Sob essa perspectiva, a oferta de serviços deve ser integrada a outros pontos de atenção à saúde, evidenciando a necessidade de uma rede coordenada e eficaz para garantir um cuidado contínuo e integral.

A oferta de um cuidado integral

No contexto da APS, a integralidade se destaca como um princípio fundamental na organização do cuidado, garantindo que os serviços oferecidos atendam de maneira ampla e adequada às diversas necessidades da população. Segundo Kalichman e Ayres (2016), a integralidade na APS envolve a articulação de múltiplas tecnologias de cuidado, indo além dos procedimentos biomédicos tradicionais e incorporando saberes que consideram o contexto social, cultural e individual dos pacientes. Isso significa que a APS, enquanto porta de entrada preferencial do SUS, não deve apenas fornecer serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação, mas também integrar ações que promovam a autonomia e a cidadania dos usuários. Através da valorização dos saberes populares e da construção de vínculos sólidos entre a equipe de saúde e a comunidade, a APS desempenha um papel central na efetivação da integralidade, ampliando a capacidade de resposta às múltiplas demandas de saúde e fortalecendo o caráter inclusivo, equitativo e universal do SUS.

A partir de 2007, o MS implementou uma rede de cuidados em saúde mental, integrando a APS com a ESF, com foco no território e articulada a outras políticas públicas. Em 2008, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando ampliar tanto o alcance quanto o escopo das ações da APS, além de aumentar sua capacidade de resolução (Pereira; Amorim; Gondim, 2020). Em 2011, como parte do processo de regionalização, o MS instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico (Gama *et al.*, 2021). Em maio de 2023, foi publicada a portaria GM/MS Nº 635, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais (e-Multi) na Atenção Primária à Saúde. Equipes com moldes semelhantes ao NASF, e que vêm em sua substituição. Esta última portaria explicita o desenvolvimento da integralidade das ações de atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; as discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a construção conjunta de projetos terapêuticos, como intervenções no território; as práticas intersetoriais e, como nova proposta, a oferta de ações de saúde à distância.

Fica evidente uma constante adaptação para garantir que todas as necessidades de saúde da população sejam sanadas. Cabe à APS ser resolutiva em até 80% das demandas que acolhe, incluindo o cuidado em saúde mental (MS, 1986). Nesse sentido, e em conformidade com o princípio da integralidade do SUS, torna-se indispensável incorporar o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico nas ações ro-

tineiras da APS. Sendo o apoio, oferecido pelos profissionais da e-Multi, essencial para ampliar e qualificar as ações das equipes.

O cuidado integral em saúde mental na APS

A saúde mental na APS é um desafio que exige a capacitação dos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico. Esse sofrimento é resultado de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais e a capacidade de adaptação de cada pessoa aos desafios diários. Profissionais da APS precisam compreender essa dimensão holística, levando em conta as condições de vida, história pessoal e rede de apoio de cada usuário, a fim de fornecer um cuidado adequado e integral (Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

No Brasil, a integração da saúde mental na APS ainda está em desenvolvimento. A política de saúde mental, iniciada na década de 1990, focava principalmente em transtornos graves, promovendo a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços comunitários. Com a criação da RAPS em 2011, houve um fortalecimento dessa rede, articulada com a ESF e outras políticas públicas. Na prática, a UBS funciona como a porta de entrada para esse sistema, sendo responsável por ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, além de coordenar os atendimentos com os demais serviços da rede, assegurando que as necessidades dos usuários sejam atendidas de forma integral (Salgado *et al.*, 2023).

De acordo com a Portaria nº 3.088/11 (2011, p. 5-6), a RAPS é constituída pelos seguintes componentes:

I — Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) UBS;
b) equipe de atenção básica para populações específicas:
1. Equipe de Consultório na Rua;
2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
c) Centros de Convivência;
II — Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;
III — atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) SAMU 192;
b) Sala de Estabilização;
c) UPA 24 horas;
d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
e) UBS, entre outros;
IV — Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) Unidade de Recolhimento;
b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
V — Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI — Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII — Reabilitação psicossocial.

A APS ocupa um lugar privilegiado no cuidado em saúde mental, pois está inserida diretamente no território onde as pessoas vivem, favorecendo a criação de vínculos e a resolutividade dos problemas de saúde. Esse modelo permite um cuidado contínuo, melhor acesso aos serviços e a redução de encaminhamentos desnecessários para centros especializados. Os profissionais da APS, portanto, compartilham a responsabilidade pelo cuidado integral à pessoa com transtorno mental, atuando de forma colaborativa e sustentada pelos princípios da intersetorialidade e da educação permanente em saúde (Schweickardt *et al.*, 2024).

Principais desafios para o cuidado integral em saúde mental na Atenção Primária

O cuidado em saúde mental na APS enfrenta vários desafios. Os profissionais de saúde reconhecem a importância de atuar nessa área, mas relatam dificuldades em oferecer acompanhamento adequado, devido à falta de capacitação, insegurança no contato com os usuários e ausência de processos de trabalho específicos para saúde mental (Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

As demandas de saúde mental como ansiedade, depressão, abuso de substâncias e violência intrafamiliar têm

aumentado, mas faltam estratégias para quantificá-las e abordá-las de forma integrada. Apesar de a APS ser vista como um espaço apropriado para o cuidado em saúde mental, o paradigma biomédico ainda predomina, dificultando abordagens mais amplas que considerem o contexto social dos indivíduos.

Em estudo realizado por Pereira, Amorim e Gondim (2020), em entrevistas com profissionais atuantes na APS, ficou evidente um sentimento de incapacidade em lidar com demandas de Saúde Mental, devido a um receio sentido por estes ao realizar o atendimento ao usuário. Relatam sentir falta de processos de trabalho bem estabelecidos para guiar a interlocução com os demais serviços da RAPS. Assim, a intersetorialidade e a integralidade são um desafio, uma vez que o cuidado em saúde mental envolve mudança de percepções e quebra de paradigmas históricos. É necessário desfazer a visão reducionista e carregada de estranhamento que a saúde mental carrega no subconsciente dos profissionais de saúde. Pensar na integralidade do cuidado engloba pensar que qualquer pessoa perpassa por momentos de sua vida em que pode se encontrar em sofrimento psíquico sem que lhe seja dado um rótulo de doente. E são essas questões que ocorrem no cotidiano do indivíduo e lhe causam momentos de sofrimento psíquico que compõem as demandas rotineiras da ESF, sendo importante que os profissionais que lá atuam estejam aptos a lidar.

Apesar dessas dificuldades, há sinais de mudança, com os profissionais reconhecendo suas fragilidades e apontando a necessidade de capacitação e de uma abordagem mais integrada. Porém, para assumir a responsabilidade

pelo cuidado em saúde mental, a equipe de ESF necessita ter condições de trabalho adequadas, incluindo locais para discussões de casos, integração eficiente com a RAPS, efetivando a coordenação do cuidado. A integralidade e a coordenação são atributos fundamentais para a melhoria da oferta de cuidados em saúde mental na APS. A integralidade permite uma abordagem holística, enquanto a coordenação é essencial para garantir a continuidade do cuidado e a articulação eficiente entre a rede, melhorando a qualidade do cuidado em saúde mental na APS (Gama *et al.*, 2021).

Considerações finais

As equipes de APS, devido à sua proximidade com as famílias e comunidades, desempenham um papel crucial no enfrentamento dos problemas de saúde da população, especialmente no que se refere à saúde mental. Dessa forma, uma melhor qualificação técnica e teórica dos profissionais que atuam nessas equipes traria benefícios significativos para a população. Além disso, há desafios relacionados aos diferentes pontos da RAPS, que, apesar de enfrentar dificuldades estruturais, de recursos humanos e na organização dos fluxos, é um componente essencial desse cuidado (Salgado *et al.*, 2023).

A integralidade do cuidado em saúde mental na APS demanda capacitação dos profissionais e maior articulação entre os serviços da RAPS. Embora a APS tenha o potencial de garantir um cuidado abrangente, muitos obstáculos ainda persistem, como a predominância do modelo biomédico

e a falta de estratégias claras para abordar as crescentes demandas de saúde mental. No entanto, avanços importantes têm sido observados, com uma maior valorização das conexões entre o sofrimento psíquico e fatores sociais, e o reconhecimento da necessidade de um trabalho coordenado. Capacitar e apoiar as equipes de saúde é fundamental para garantir um cuidado integral e resolutivo.

Referências

GAMA, C. A. P. D.; LOURENÇO, R. F.; COELHO, V. A. A.; CAMPOS, C. G.; GUIMARÃES, D. A. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200438, 2021. DOI: 10.1590/interface.200438. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000100227&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2024.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. D. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00183415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 set 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde Mental**: transformando a saúde mental para todos. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338. Acesso em: 25 set 2024.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. D. F. D. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. supl 1, p. e190664, 2020. DOI: 10.1590/Interface.190664. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000200212&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2024.

PINHEIRO, R; MATTOS, R A (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001. ISBN: ISBN 978-85-89737-52-4. Disponível em: https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf. Acesso em 25 set. 2024.

SALGADO, J. W.; ZANELA, L. R. M.; ROCHA, L.T.; CALMETO, M. N.; MENEGUETTI, J. A.; VIDAL, C. E. L. Saúde mental na atenção básica: percepção dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. e31020065, 2023. DOI: 10.1590/1414-462X202331020065.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 3, e00042620, 2021.DOI: 10.1590/0102-311X00042620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000305010&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2024.

SCHWEICKARDT, J. C.; CARVALHO, M. S. de; SIQUEIRA, M. da S. de; PAVANI, F. M. Percepções dos profissionais da atenção básica em saúde sobre a responsabilidade no cuidado integral

às pessoas com transtornos mentais. **Revista de APS**, v. 27, 14 de ago. 2024. DOI: 10.34019/1809-8363.2024.v27.43961. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e272443961. Acesso em: 25 set. 2024.

CAPÍTULO 6

INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

Rick Valério do Nascimento Silva
Ângela Casanova

Políticas públicas de saúde e direitos LGBTQIAPN+

O trabalho em saúde no cuidado à população LGBTQIAPN+ é um desafio constante, considerando as fragilidades institucionais no acolhimento a esta população. As políticas públicas de saúde da população LGBTQIAPN+, apesar de toda a importância que representam, não estão asseguradas o suficiente por suas leis. Mesmo os direitos fundamentais descritos na Constituição de 1988, não possuem força para dar suporte equânime ao sofrimento das pessoas LGBTQIAPN+, pois as instituições ainda enfrentam dificuldades em reconhecer a cidadania destes grupos, ainda que haja decisões judiciais que dão abertura para formulação de leis protetivas mais eficazes aos grupos LGBTQIAPN+. Nos serviços de saúde mental, a luta pelo direito ao cuidado desta população é crescente, necessitando de maior engajamento dos atores da saúde mental neste movimento, buscando a integralidade desse cuidado para com a população LGBTQIAPN+.

Em 2013, o MS lançou a Política Nacional de Saúde da População LGBTQIAPN+, um documento que traz diretrizes e orientações de conduta aos profissionais do cuidado em saúde no acolhimento dessa população, reconhecendo suas vulnerabilidades. O documento traz recomendações sobre a escuta dos fenômenos vivenciados

pelas pessoas LGBTQIAPN+, as exposições à violência dentro do ambiente familiar e em outros contextos, como a escola e equipamentos de saúde. Entretanto, por se tratar de uma cartilha, são orientações instrutivas para as práticas dos profissionais, para a gestão e as equipes de saúde no acompanhamento destes sujeitos na tentativa de minimizar o sofrimento.

> A Política LGBT é composta por um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. É imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização com os governos para a garantia do direito à saúde, para o enfrentamento das iniquidades e para o pleno exercício da democracia e do controle social. Nesse processo, estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de

> Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, técnicos e de trabalhadores de saúde. A garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais (Brasil, 2013).

O desafio de trabalhar a Integralidade em Saúde deve considerar elementos que as pessoas heterossexuais e cisgêneros não enfrentam em suas vidas: os preconceitos e desamparos que pessoas LGBTQIAPN+ sofrem diariamente devido à orientação sexual e identidades de gênero, aumentam a possibilidade de adoecimento em vários sentidos, tanto físico como psíquico. Por isso, o respeito às experiências e sofrimentos psicossociais de pessoas LGBTQIAPN+ colaboram para que essas questões emergentes sejam ouvidas pelos profissionais de saúde. A oferta de escuta qualificada e empática potencializa o cuidado e estimula o fortalecimento dos vínculos entre profissional de saúde e usuário, aumentando a eficácia das ações em saúde.

Saúde, interseccionalidade e integralidade da população LGBTQIAPN+

Para aprimorar o trabalho dos profissionais de saúde no acolhimento dessa população, é importante considerarmos o conceito de interseccionalidade, cunhado por Kimberlé Crenshaw (1989) em seu artigo “Desmarginalizando a in-

tersecção de raça e sexo: uma crítica feminista negra da doutrina antidiscriminação, teoria feminista e políticas antirracistas", apresentou um conceito gerado pelas teorias feministas negras que aponta os recortes que atravessam determinados grupos sociais em oposição à figura central do homem enquanto representação de toda a humanidade.

> A interseccionalidade pode ser compreendida como ferramenta analítica capaz de contribuir para a solução de problemas muitas vezes invisibilizados quando se trata do acesso aos Direitos Humanos: "A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação" (Crenshaw, 2022, p. 177 *apud* Stelzer; Kyrillos, 2021, p. 240).

Na citação acima, as autoras apontam sobre os eixos de subordinação, caracterizando as relações de poder do homem branco, cisgênero, heterossexual e pertencente às elites econômicas em detrimento das diferenças de pessoas fora desse padrão. Ao nos depararmos com a diferença dos padrões cisheteronormativos, se faz necessário pensar em quais realidades sociais estamos trabalhando e em quais lacunas o conceito de interseccionalidade nos traz suporte a esta tarefa.

A interseccionalidade "pode ser um meio importante para análises não essencialistas das diferenças e das

desigualdades sociais" (Stelzer; Kyrillos, 2021, p. 245) relacionadas às discriminações de gênero, raça e classe. A questão de gênero surge da oposição à categoria homem enquanto representante de toda humanidade, como se a palavra homem fosse generalista e inclusiva de todos os grupos humanos existentes. Quanto às questões de raça, as mulheres negras não eram incluídas nas bandeiras de lutas das mulheres brancas durante o período inicial do movimento feminista, assim como as mulheres lésbicas também não eram representadas pelo feminismo branco e heterossexual. Ou seja, a interseccionalidade passa a ser um eixo importante para trabalhar os elementos que compõem as vulnerabilidades de outros grupos sociais, sobretudo, os grupos considerados minoritários.

> O conceito de interseccionalidade sofreu influência dos debates que vinham ocorrendo dentro do feminismo, enquanto movimento social, especialmente no âmbito dos feminismos negros. Isso se deu em razão dos questionamentos que os feminismos negros fazem sobre os propósitos de um movimento majoritariamente centrado em questões que afetavam mulheres brancas, heterossexuais e de classe média, momento no qual se proliferam as reinvindicações por um feminismo capaz de atender também às demandas de mulheres negras, homossexuais, transexuais, po-

> bres, migrantes, entre outras (Stelzer; Kyrillos, 2021, p. 246).

Considerando os grupos LGBTQIAPN+, a interseccionalidade possibilita perceber estes sujeitos como alvos de uma gama de relações de subordinação por não pertencerem aos padrões heteronormativos, ou seja, estão fora da categoria de homem branco, cisgênero e heterossexual. Fatores que ocasionam inúmeras agressões externas direcionadas às pessoas LGBTQIAPN+ como forma de traçar violentamente as diferenças entre sujeitos, sexualidades e modos de ser, como uma pirâmide hierárquica de classes, gênero e sexualidades. No topo dessa pirâmide hierárquica e no imaginário cultural do triângulo racismo — machismo — LGBTfobia, está o homem branco, cisgênero, heterossexual, eurocentrado, figura que imaginariamente representa o homem, a generalização e definição de pessoa, este ser estaria no topo e acima de todos os outros grupos; abaixo, estão as mulheres brancas, cisgênero, heterossexuais, eurocentradas, porém, não ao lado desse homem branco, e sim abaixo dele e de suas decisões; mais abaixo, as mulheres negras; em seguida, pessoas LGBTQIAPN+ etc.

Apesar do Brasil ser um país democrático e um Estado de Direitos graças à Constituição Cidadã de 1988, ainda há muitas lacunas quanto à proteção aos grupos minoritários, especialmente quando se trata de políticas de combate ao racismo, machismo, LGBTfobia e à violência contra outros grupos sociais não-brancos, cisgêneros e heterossexuais. São algumas negligências que marcam os corpos LGBTQIAPN+ em todos os âmbitos da vida, potencializando percepções

negativas acerca de si, de não merecedores de direitos, ainda que participem dos deveres sociais como qualquer outro cidadão do país.

O Decreto nº 11.471, emitido em 2023, pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, instituiu o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIAPN+ (Brasil, 2023), estabelece diretrizes que trouxeram representatividade na luta pelos direitos dessa população, mas um decreto pode ser revogado, modificado ou ter seu papel minimizado em governos conservadores, ou seja, mesmo com estes avanços, ainda não significa uma legítima política de proteção à população LGBTQIAPN+.

> O Brasil apresenta um dos maiores índices do mundo de violência contra a população LGBT, e estes casos são, muitas vezes, tratados com descaso e impunidade. Tal cenário gera sofrimento psicossocial intenso, decorrente de uma atmosfera social ansiogênica, que muitas vezes resulta em conflitos internos, angústia e insegurança, deixando a população LGBT mais propensa a manifestar sintomas depressivos (Melo; Silva; Mello, 2019).

O índice de violências direcionados aos grupos LGBTQIAPN+ são alarmantes, o que aumenta a propagação de sofrimento psíquico neste público devido as exposições constantes as situações de risco. Desde 2001, no Estado de São Paulo, existem penalidades para aqueles que praticam

LGBTfobia por meio da Lei 10.948/2001 (São Paulo, 2001), que dispõe sobre as penalidades aplicadas às práticas de discriminação em razão de orientação sexual e identidade de gênero. No âmbito federal, a PL672 (Brasil, 2019) equipara a LGBTfobia ao crime de racismo (Brasil, 1989) tornando-se uma forma de mitigar as agressões, entretanto, as taxas de violência contra a população LGBTQIAPN+ cresceu mais de 1000% na última década segundo o Atlas da Violência publicado neste ano (IPEA, 2025, p. 87).

Além das barreiras existentes no Sistema de Justiça, a Saúde precisa atualizar condutas e tecnologias acerca do tratamento da população LGBTQIAPN+. A presença dos termos: Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais e Não-bináries são importantes para que o sistema de informação em saúde reconheça esses sujeitos no acesso ao cuidado. Além do reconhecimento do nome social, adicionar as identidades e orientações sexuais no sistema de informação e prontuários eletrônicos do SUS, possibilita olhar o usuário/usuária/usuárie como com direito à saúde integral e atender às suas necessidades em todos os níveis de atenção conforme preconizam os princípios do SUS.

De acordo com Girianelli e Cordeiro (2023, p. 9), inconsistências das notificações existem devido à falta de compreensão dos profissionais diante das especificidades da população LGBTQIAPN+, fator que atrapalha a elaboração de diagnósticos e a formulação de políticas públicas protetivas. Mesmo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), que estabelece o preenchimento correto e fidedigno dos dados dos usuários, por vezes é negligencia-

do dificultando a identificação correta desses usuários. A questão do preenchimento correto tem se mostrando um grande desafio para os profissionais de saúde, além da ausência de letramento sobre a diversidade sexual, no qual muitos profissionais ainda reproduzem preconceitos num ambiente que deveria ofertar espaço seguro e acolhedor a todo aquele que busca o cuidado em saúde.

> Embora essas manifestações e a formulação de políticas públicas sejam de grande importância na busca pela equidade, elas ainda se mostram insuficientes para acabar com o preconceito e discriminação no âmbito da saúde pública. Alguns autores, como Araújo *et al*. (2006), afirmam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade. Diante deste quadro, o medo de revelar sua orientação sexual e ser alvo de discriminação é comum entre esta população, o que acaba gerando um impacto negativo na qualidade da assistência que lhe é prestada (Brandão, 2020, p. 33).

A luta dos ativistas, movimentos sociais e profissionais de saúde engajados com as pautas LGBTQIAPN+ são importantes para fortalecer a integralidade na saúde. O sofrimento das pessoas que reivindicam o reconhecimento de

seus corpos e sua existência através do simples dizer de seu nome social, já se mostra uma abertura de vínculos potentes sendo construídos, de forma horizontal, valorizando a escuta do sujeito usuário e estimulando este movimento em outros espaços de cuidado e assistência.

Integralidade e saúde mental LGBTQIAPN+

No campo da saúde mental não é diferente, o desafio de realizar o cuidado integral do sujeito se faz presente na política de saúde mental brasileira. Inspirada nas diretrizes e práticas de acordo com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica Brasileiras, a escuta do sofrimento de grupos LGBTQIAPN+ toma contornos outros que são atravessados pela cultura LGBTfóbica ainda intensa no território brasileiro. Os estigmas que as vidas LGBTQIAPN+ carregam devido ao machismo, misoginia, interferência da religião neopentecostal na política e os efeitos da pandemia de HIV/AIDS que marcam o preconceito dirigido à população gay, travesti e transexual, ainda são fortes no país. Os discursos de ódio presentes em todas as camadas sociais: família, escolas, empresas, instituições de saúde e justiça, são locais onde esses preconceitos aparecem em variados fenômenos, desde pequenas interdições e criações de barreiras de acesso aos serviços até as agressões verbais e físicas direcionadas à população LGBTQIAPN+.

Pelo histórico de exclusão social e a necessidade de maior esforço para conseguir alcançar aceitação social dos seus círculos afetivos, reconhecimento no mercado

de trabalho, o direito a constituir família e expressar seus afetos sem os olhares preconceituosos externos, tendem a exaurir a saúde mental desses sujeitos, colaborando para que o sofrimento psíquico possa emergir.

Pensar a integralidade do cuidado desde a escuta psicoterapêutica até o fortalecimento dos vínculos psicossociais é fundamental para o cuidado potente do sujeito LGBTQIAPN+ que vivencia variadas experiências de violência.

Rubem Mattos (2007, p. 54) traz o debate acerca do conceito de integralidade em saúde enquanto um dispositivo político, jurídico e institucional, pois o princípio da integralidade tem repercussões sobre o arranjo das instituições governamentais voltadas para formular e implementar as políticas de saúde: deve-se buscar uma repartição da agenda que não facilite a dissociação das dimensões assistenciais e preventivas. Ainda segundo o autor:

> A integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem-objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (Mattos, 2009, p. 45).

O trabalho em saúde na busca da integralidade se dá no saber-fazer compartilhado, numa relação horizontal entre o usuário, profissional e coletivo. A articulação entre sexualidades, gêneros e saúde mental amplia o olhar sobre as experiências dos sujeitos, bem como sobre os sofrimentos associados à situação de abjeção social (Costa Neto, 2023, p. 22). As características desta oferta de cuidado podem agir como um facilitador ou como uma barreira para determinados grupos acessarem o serviço de saúde. O acesso reforça a importância da equidade na organização dos serviços de saúde na equiparação dos direitos em saúde dos diferentes da sociedade (Brandão, 2020, p. 25).

Cecílio (2009, p. 120) aponta que a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. A necessidade do entendimento dos fenômenos que atravessam os sujeitos LGBTQIAPN+ torna-se fundamental para acolher suas demandas e possibilita ações em saúde potentes.

Assim, a expressão do cuidado integral em saúde mental da população LGBTQIAPN+ implica nesse olhar horizontalizado dos profissionais de saúde de forma equânime aos sujeitos que buscam os serviços de saúde. Integralidade na escuta sensível e qualificada para ouvir o sofrimento psíquico dos sujeitos, o acesso aos serviços e procedimentos necessários para o cuidado em saúde integral respeitando suas singularidades e trazer à cena

parcerias intersetoriais para tornar a integralidade possível no território relacional destes grupos vulnerabilizados, criando maiores possibilidades de existência para a população LGBTQIAPN+.

Considerações finais

A saúde mental da população LGBTQIAPN+ perpassa por questões que são comuns a todo cidadão da sociedade: estudos, trabalho, família, relacionamentos, afetos, dinheiro etc. Entretanto os temas que poderiam ser mais comuns para as pessoas LGBTQIAPN+ são potencializados por angústias próprias dessa população: a violência causada pelos olhares repressores devido aos trejeitos comportamentais, modos de falar, de vestir, a constante pressão externa através de discursos de ódio ou comportamentos mandatórios de *como ser, como agir, como sentir* oriundos de falas dos cuidadores, na maioria das vezes, os pais. Acolher essas queixas, permitindo a fala de pessoas LGBTQIAPN+ para que possam elaborar seu sofrimento e ressignificar suas histórias de vida no enfrentamento ao retrocesso e ao preconceito, são instrumentos potentes de cuidado.

Dito isso, os artigos analisados sintetizam os desafios constantes na luta em prol do cuidado da população LGBTQIAPN+. São necessárias mudanças e atualizações no acolhimento psicossocial desta população e o entendimento de suas demandas sociais que perpassam pela busca da liberdade de ir e vir, ocupar espaços nos lugares diversos da sociedade e o sentimento de existir de forma livre. Partindo dos índices de sofrimento psíquico alar-

mantes entre este público, intervenções de ordem prática e política se fazem urgentes para que o trabalho se torne potente na vida desses sujeitos.

Referência

BRANDÃO, B. A. **Cuidado à população LGBT**: iniciativas das equipes da atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro. 2020. 128 f. Dissertação (Mestrado em 2020) – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Decreto nº 11.471, de 6 de abril de 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 abr. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11471.htm. Acessado em: 22 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 184, p. 68–76, 22 set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em 15 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/387/1/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei nº 672, de 2019**. Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, para incluir na referida legislação os crimes de discriminação ou preconceito de orientação sexual e/ou identidade de gênero. Brasília: Senado Federal, 2019. Disponível em: https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/

documento?dm=7916960&ts=1647262211806&disposition=inline. Acesso em: 22 set. 2024.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009. p. 117–130.

COSTA NETO, M. C. **Tonalidades de experiências de dissidentes de sexualidade e de gênero e experimentações do cuidado em saúde mental na atenção psicossocial**: cartografia bicha. 2023. 157 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/items/23b84386-1a34-4824-80c6-963707e2e3ba. Acesso em: 08 jan. 2026.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex**: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. Disponível em: http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8. Acesso em: 16 nov. 2025.

GIRIANELLI, V. R.; CORDEIRO, G. T. L. Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. Especial 1, 2023. DOI: 10.1590/2358-28982023E18948P

MATTOS, R. A**.** Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde na construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p.45–59.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009. p. 43–68.

SÃO PAULO. **Lei nº 10.948, de 5 de novembro de 2001**. Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado, 2001. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/165355/lei-10948-01. Acesso em: 22 set. 2024.

SILVA, B. L.; MELO, D. S.; MELLO, R. A sintomatologia depressiva entre lésbicas, gays, bissexuais e transexuais: um olhar para a saúde mental. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, e41942, 2019. DOI: 10.12957/reuerj.2019.41942. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/41942. Acesso em: 15 nov. 2025

STELZER, J.; KYRILLOS, G. M. Inclusão da Interseccionalidade no âmbito dos Direitos Humanos. **Revista Direito e Práxis**, v. 12, n. 1, jan–mar 2021. DOI: 10.1590/2179-8966/2020/44747. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdp/a/ccVJTdKcSWtVxdpmVPjkwZx/#. Acesso em: 11 out. 2024.

CAPÍTULO 7

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES IMIGRANTES NO BRASIL

Carolina Simone Souza Adania
Kathie Njaine

Introdução

A integralidade na atenção à saúde é um dos princípios fundamentais do SUS no Brasil, garantindo que os indivíduos tenham acesso a cuidados de saúde que considerem suas múltiplas dimensões e necessidades ao longo da vida. No caso das mulheres imigrantes, esse princípio adquire uma relevância especial, dado o cenário de vulnerabilidade a que muitas dessas mulheres estão expostas. O processo migratório é, frequentemente, permeado por situações de precariedade social, dificuldades de acesso a serviços públicos, discriminação e barreiras culturais e linguísticas (Carballo; Nerurkar, 2001; Sironi; Bauloz; Emmanuel, 2019; Ventura, 2015), o que agrava as desigualdades já existentes e afeta diretamente a saúde dessas mulheres. Em um contexto de crescente imigração para o Brasil, especialmente nos últimos anos, marcado pela chegada de venezuelanos e outros grupos que fogem de crises econômicas e políticas, e pelo processo de feminização das imigrações no país (Cavalcanti *et al.*, 2022), torna-se urgente discutir a efetividade da integralidade na atenção à saúde oferecida a essas populações.

Este ensaio busca refletir sobre como o SUS tem se estruturado para atender às necessidades de saúde das mulheres imigrantes no Brasil, levando em consideração as especificidades culturais, sociais e econômicas que influenciam seu acesso e a qualidade dos serviços prestados. Ao mesmo

tempo, pretende-se examinar os desafios encontrados na promoção de uma atenção integral que abranja não apenas o cuidado médico, mas também aspectos psicossociais, levando em conta fatores como gênero, raça e situação migratória. A saúde das mulheres imigrantes coloca em evidência a necessidade de uma abordagem intersetorial e sensível às desigualdades sociais e culturais.

Diante desse cenário, a integralidade na atenção à saúde de mulheres imigrantes exige uma revisão crítica das políticas públicas existentes, além da identificação de lacunas e possíveis estratégias para assegurar que o princípio da integralidade seja efetivamente implementado. Este trabalho pretende, portanto, contribuir para a discussão sobre a construção de um cuidado em saúde que respeite as particularidades dessas mulheres, que enfrentam, simultaneamente, desafios oriundos de sua condição de imigrantes e das interseccionalidades que marcam suas experiências de vida no Brasil.

O princípio da integralidade no SUS

O princípio da integralidade no SUS é um dos pilares fundamentais que norteiam a organização e a prestação dos serviços de saúde no Brasil. Ele se refere à oferta de cuidados de saúde de maneira completa e integrada, garantindo que todas as pessoas tenham acesso a um conjunto de ações que vão desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças até o tratamento e a reabilitação. A integralidade significa que a atenção à saúde deve ser contínua e articulada, considerando a pessoa em sua totalidade e todas as suas

necessidades, e não apenas como portadora de uma doença específica.

Mattos (2004) identifica os principais aspectos da integralidade na saúde, sendo: 1) *acesso universal e igualitário* – a integralidade é vista como sinônima da garantia de acesso a todos os níveis do sistema de serviços de saúde, conforme estabelecido na Constituição brasileira, que afirma ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde; 2) *atendimento integral* – a integralidade prioriza atividades preventivas sem desconsiderar os serviços assistenciais, o que implica uma articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde; 3) *compreensão ampliada das necessidades* – envolve uma apreensão ampliada das necessidades de saúde, permitindo que os profissionais reconheçam a adequação da oferta de serviços ao contexto específico de cada encontro com o paciente. 4) *contextualização das ações de saúde* – as ações de saúde devem estar sintonizadas com o contexto específico de cada encontro, considerando tanto as demandas manifestas quanto as necessidades percebidas, para que as intervenções sejam mais eficazes e relevantes. Tais destaques visam promover práticas de saúde que sejam mais integradas e sensíveis às realidades dos indivíduos, contribuindo para um sistema de saúde mais eficaz e humano.

A integralidade, quando incorporada nas práticas dos profissionais de saúde, implica que os profissionais não devem apenas tratar doenças ou condições específicas, mas sim considerar o paciente como um todo (Mattos, 2009). Isso significa que os profissionais devem entender as diversas dimensões que afetam a saúde do paciente, in-

cluindo fatores sociais, emocionais e culturais, o que ajuda a identificar necessidades que vão além do tratamento médico tradicional; a prática da saúde deve envolver uma colaboração entre diferentes disciplinas e especialidades, permitindo que os profissionais compartilhem conhecimentos e abordagens para atender melhor às necessidades dos pacientes; além de tratar doenças, os profissionais devem se concentrar em ações de prevenção e promoção da saúde, buscando oportunidades para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e evitar problemas futuros; a integralidade também envolve a construção de uma relação de confiança e empatia entre o profissional e o paciente, onde o paciente se sente ouvido e respeitado em suas necessidades e preocupações.

As políticas públicas também devem refletir o princípio da integralidade, seja no acesso universal, ou seja, garantir que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde, independentemente de sua origem, raça, idade, religião ou condição socioeconômica, seja na integração de serviços de diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), facilitando o fluxo de informações e a continuidade do cuidado. Também devem ter abordagem multidimensional, considerando os determinantes sociais, econômicos e ambientais, evitando uma visão reducionista que se concentre apenas em doenças e, por fim, incluam a participação da comunidade e dos usuários dos serviços de saúde, garantindo que suas vozes e necessidades sejam consideradas na formulação e implementação de políticas (Mattos, 2009).

Na subseção a seguir será apresentada uma das políticas públicas orientada a partir do princípio da integralidade, voltada à saúde das mulheres.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A PNAISM foi elaborada pelo MS em 2004 (Brasil, 2004), é uma importante ferramenta para a implementação de ações programáticas estratégicas voltadas para o bem-estar das mulheres, que estabelece princípios e diretrizes para promover a saúde das mulheres no Brasil.

Os princípios fundamentais da PNAISM incluem a integralidade, a promoção da saúde, o respeito aos direitos humanos, enfoque de gênero e humanização, e qualidade na atenção. Resumidamente, o princípio da integralidade assegura uma perspectiva que considere todas as dimensões da saúde da mulher em suas diferentes fases da vida, superando a abordagem materno-infantilista da saúde da mulher. A promoção da saúde prioriza ações preventivas e de bem-estar. O respeito aos direitos humanos, com ênfase na importância de respeitar e promover os direitos humanos das mulheres, reconhecendo que a saúde é um direito fundamental e que a promoção da equidade de gênero é essencial para alcançar melhores resultados em saúde. O enfoque de gênero é também utilizado, ao reconhecer as desigualdades e especificidades vividas pelas mulheres em diferentes contextos sociais. Por fim, a humanização e qualidade na atenção garantem que os cuidados sejam prestados com respeito à dignidade e às particularidades

de cada mulher. Esses princípios visam assegurar que a política responda de forma adequada e eficaz às necessidades específicas das mulheres em todo o país.

A PNAISM consolida avanços nos direitos sexuais e reprodutivos, com foco na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na assistência em casos de abortamento inseguro e no enfrentamento da violência doméstica e sexual. Além disso, abrange áreas como a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, assim como aquelas com doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico.

A política também engloba a atenção à saúde de mulheres vulnerabilizadas, como adolescentes, negras, lésbicas, indígenas, residentes e trabalhadoras na área rural, em situação de prisão, vítimas de violência doméstica e sexual, e acometidas por infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV/AIDS, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. Apesar disso não menciona as mulheres imigrantes e/ou refugiadas, que apresentam um acúmulo de vulnerabilidades, como abordado a seguir.

A feminização das migrações no Brasil

Desde 2015, o processo de feminização das migrações no Brasil vem chamando a atenção nos estudos das imigrações internacionais no país. No ano de 2021, foi contabilizado um total de 151.155 novos imigrantes, sendo 67.772 registros de mulheres, ou seja, 44,8% dos imigrantes registrados no país (Cavalcanti *et al.*, 2022). A presença mais visível das mulheres nos cenários migratórios não se restringe ao Brasil

e tem feito com que as suas características e as suas trajetórias surjam, de um modo cada vez mais evidente, descritas na literatura internacional (Topa *et al.*, 2013), ainda que raramente sob uma perspectiva de gênero ou interseccional.

Segundo dados da Polícia Federal, obtidos através do Sistema de Registro Nacional Migratório, até dezembro de 2022, apontaram um total de 1,3 milhões de imigrantes com registro ativo (detentores de visto ou autorização de residência vigentes), representando aproximadamente 0,6% da população. No mesmo período, haviam-se registrado 96.825 imigrantes na cidade do Rio de Janeiro. As três nacionalidades das pessoas que mais migraram para o Brasil no período de 2010 a 2018 foram as de haitianos, bolivianos e venezuelanos (Cavalcanti *et al.* 2022).

A condição de saúde dos imigrantes é um fator crucial para sua integração e adaptação na sociedade. É fundamental entender como se dá o processo de saúde, doença e cuidado entre esses grupos, além de considerar as responsabilidades que os Estados têm em assegurar o acesso à saúde para todos (Ventura, 2018).

Desafios e estratégias para a integralidade na atenção à saúde de mulheres imigrantes

Um dos maiores desafios à integralidade para as mulheres imigrantes no Brasil é a barreira linguística. A dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres que não falam português, ou que têm pouca fluência no idioma, compromete o acesso e a qualidade dos atendimentos.

A falta de materiais traduzidos para outros idiomas, de intérpretes ou mediadores culturais nos serviços de saúde torna esse desafio ainda mais complexo, resultando em diagnósticos equivocados, interrupções nos tratamentos e um cuidado inadequado.

A integralidade, nesse cenário, exige soluções que assegurem uma comunicação eficiente. Medidas como a formação de profissionais para lidar com a diversidade cultural e a disponibilização de materiais bilíngues ou trilíngues e de intérpretes são fundamentais para garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde.

Muitas mulheres imigrantes vivem em condições de extrema vulnerabilidade social, enfrentando dificuldades de acesso à moradia, educação e direitos trabalhistas. Além disso, sofrem múltiplas formas de discriminação, como racismo, xenofobia e sexismo, que agravam o isolamento social e dificultam a busca por cuidados em saúde.

Essa vulnerabilidade reflete-se diretamente em seu acesso ao SUS, já que muitas desconhecem seus direitos ou têm receio de utilizar os serviços por medo de discriminação. Para que a integralidade seja efetiva, as políticas de saúde devem ser intersetoriais, promovendo o diálogo entre saúde, assistência social, direitos humanos e outras áreas. As redes de apoio social são essenciais para garantir que essas mulheres não fiquem à margem do sistema de saúde e possam usufruir de seus direitos em plenitude.

O acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é um direito garantido no Brasil, mas muitas mulheres imigrantes enfrentam grandes dificuldades para acessar esses cuidados. Seja pela falta de conhecimento sobre seus

direitos ou pela desconfiança em relação ao sistema de saúde, essas mulheres são frequentemente negligenciadas no atendimento pré-natal, no planejamento familiar e no tratamento de ISTs.

A integralidade, nesse caso, exige uma abordagem sensível às questões de gênero e às especificidades culturais das imigrantes. Serviços de saúde devem ser adaptados para acolher essas mulheres, respeitando suas experiências e oferecendo suporte especializado para que possam exercer seus direitos reprodutivos de forma plena.

O impacto da migração na saúde mental das mulheres imigrantes é um aspecto frequentemente ignorado nos serviços de saúde. Muitas delas migram em condições adversas, fugindo de violência, pobreza extrema e crises políticas, o que gera traumas profundos que afetam sua saúde emocional e psicológica. Condições como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático são comuns, agravadas pelo isolamento social, saudade e sentimento de não pertencimento.

A integralidade no atendimento à saúde mental dessas mulheres requer uma preparação adequada dos serviços para oferecer suporte psicológico contínuo e personalizado. Isso inclui a capacitação de profissionais para lidar com questões relacionadas ao trauma migratório e a criação de espaços de acolhimento e escuta dentro do sistema de saúde.

A interseccionalidade é um conceito fundamental para entender as múltiplas formas de discriminação que afetam as mulheres imigrantes. Para além de serem imigrantes, muitas dessas mulheres são negras, indígenas ou pertencem a outras minorias étnicas, o que agrava ainda mais sua mar-

ginalização social e limita seu acesso a serviços de saúde de qualidade.

O racismo estrutural nos serviços de saúde compromete a integralidade ao não garantir o mesmo nível de atendimento para todas as mulheres. Portanto, uma abordagem interseccional é essencial para que a integralidade seja alcançada de forma efetiva. Políticas de saúde devem levar em conta a diversidade de experiências das mulheres imigrantes, garantindo que raça, classe, gênero e status migratórios sejam considerados na formulação de estratégias de atendimento.

Na obra *Estratégias para Atenção Integral à Saúde de Migrantes Internacionais no Brasil*, de Peruhype, Steffens e Yujra (2002), diversas estratégias são traçadas para garantir uma atenção adequada à saúde dessa população. Uma das principais abordagens enfatizadas é uma articulação interinstitucional, que propõe a formação de uma aliança estratégica entre diferentes atores sociais. Essa colaboração é fundamental para que as respostas das políticas públicas aos desafios das migrações e do refúgio sejam interdisciplinares e integradas, reconhecendo a complexidade do tema e a necessidade de um atendimento que respeite as particularidades dos migrantes (Peruhype; Steffens; Yujra, 2002).

Além disso, a obra ressalta a importância da adequação dos serviços de saúde às necessidades, ao ambiente e à cultura dos migrantes. Essa adaptação é crucial para fortalecer o atendimento, garantindo que os serviços sejam acessíveis e respeitem a privacidade e as especificidades culturais dos indivíduos atendidos (Peruhype; Steffens; Yujra, 2002). A mobilização e a responsabilidade conjunta entre as diver-

sas esferas de atuação são igualmente destacadas, pois a construção de uma rede de proteção efetiva para migrantes e suas famílias requer a integração de políticas públicas sociais e a atuação de organizações da sociedade civil (Peruhype; Steffens; Yujra, 2002).

Outro ponto relevante abordado na obra é a necessidade de diagnóstico e mapeamento territorial. Essas ferramentas são essenciais para reconhecer o perfil dos usuários e planejar ações de saúde que atendam de forma eficaz às suas demandas (Peruhype; Steffens; Yujra, 2002). A diversidade de serviços oferecidos, que abrange desde a saúde (com atenção primária, secundária e terciária) até assistência social, educação e capacitação, é uma estratégia que visa atender às múltiplas necessidades dos migrantes, promovendo uma atenção integral e de qualidade (Peruhype; Steffens; Yujra, 2002). Segundo os autores, essas estratégias, quando implementadas de forma coordenada e contextualizada, podem contribuir significativamente para a melhoria da saúde e do bem-estar dos migrantes internacionais no Brasil, promovendo sua integração e cidadania.

Construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde de Imigrante

Embora existam tratativas em curso com o objetivo de criar uma Política Nacional de Saúde Integral para Imigrantes e Refugiados (Brasil, 2023; Brasil, 2024), tal política ainda não foi formalizada. Essa lacuna deixa os e as imigrantes e refugiados(as) em uma situação de vulnerabilidade no acesso e utilização dos serviços de saúde,

tornando seus atendimentos fragmentados e descoordenados. A assistência a essas populações hoje, frequentemente, depende da atuação isolada de profissionais de saúde ou de iniciativas locais, o que agrava as desigualdades no cuidado, especialmente para aqueles que enfrentam barreiras linguísticas, culturais e socioeconômicas. Essa ausência compromete o princípio da integralidade preconizado pelo SUS, dificultando o atendimento de forma contínua, equitativa e abrangente.

A seguir, serão apresentados pontos importantes que devem ser contemplados na construção dessa política, visando garantir acesso universal e cuidado integral à saúde de imigrantes e refugiados(as) no Brasil, respeitando suas particularidades e necessidades.

A construção de uma política de atenção integral à saúde de imigrantes no Brasil requer uma abordagem coordenada entre diferentes esferas de governo, instituições de saúde e organizações da sociedade civil. Primeiramente, é necessário reconhecer o direito à saúde como universal, independente do status migratório. A criação de políticas públicas que assegurem a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural e linguística é um passo essencial.

Além disso, deve-se priorizar a inclusão de serviços especializados para o atendimento de populações imigrantes, com atenção às questões de gênero e saúde mental. A criação de protocolos de atendimento para mulheres imigrantes, que considerem suas vulnerabilidades sociais e culturais, pode garantir que o princípio da integralidade seja efetivado.

Políticas intersetoriais que integrem saúde, educação, assistência social e direitos humanos são fundamentais para garantir que as mulheres imigrantes tenham acesso a uma rede de suporte que vá além do tratamento médico, contemplando também suas necessidades socioeconômicas e culturais. O envolvimento de organizações não governamentais, comunidades locais e iniciativas de apoio a imigrantes também é essencial para o fortalecimento dessas políticas.

Considerações finais

A atenção integral à saúde de mulheres imigrantes no Brasil revela uma série de desafios que expõem as fragilidades na implementação do princípio da integralidade no SUS, especialmente quando se trata de populações em situação de vulnerabilidade social e cultural. A integralidade não se limita à oferta de serviços médicos, mas implica considerar as múltiplas dimensões da vida dessas mulheres, que incluem questões de gênero, raça, status migratório e as condições socioeconômicas que as cercam. A ausência de uma política nacional voltada especificamente à saúde de imigrantes e refugiados(as) agrava essas disparidades, deixando muitas mulheres à margem de cuidados adequados e contínuos.

Nesse contexto, o desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde Integral para Imigrantes e Refugiados é crucial para preencher essa lacuna e garantir que o SUS atenda de maneira equitativa a todas as populações residentes no Brasil, independentemente de sua origem ou

status migratório. Além disso, é fundamental que essa política considere as particularidades das mulheres imigrantes, que enfrentam barreiras adicionais, como a discriminação de gênero e vulnerabilidade social, garantindo assim uma abordagem de saúde que vá além do tratamento de doenças e inclua o cuidado contínuo e coordenado, de acordo com as necessidades específicas de cada mulher.

Para que a integralidade seja efetivada, é necessário investir na capacitação de profissionais de saúde para lidar com a diversidade cultural, oferecer materiais de apoio em diversos idiomas e integrar serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, promovendo um cuidado mais acessível e humanizado. A intersetorialidade articulando saúde, educação, assistência social e direitos humanos, também é fundamental para criar uma rede de apoio que atenda de forma plena às necessidades dessas mulheres.

Assim, a construção de uma política de atenção integral à saúde de imigrantes e refugiados(as) não só ampliaria a capacidade do SUS de atuar de forma inclusiva, mas também reforçaria o compromisso do Brasil com os direitos humanos e com o princípio da saúde como um direito de todos. Garantir um cuidado integral significa superar barreiras estruturais e culturais, oferecendo um atendimento contínuo, articulado e que considere as realidades e demandas dessas mulheres, promovendo a equidade e a inclusão nos serviços de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 26/2023-SE/GAB/SE/MS**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/migrantes-refugiadas-e-apatridas/publicacoes/nota-tecnica-no-26-2023-se-gab-se-ms/view. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf/view#:~:text=Trata%2Dse%20de%20Nota%20T%C3%A9cnica,em%20todos%20os%20territ%C3%B3rios%20brasileiros. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 763, de 15 de setembro de 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0763_29_06_2023.html. Acesso em: 31 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/8284. Acesso em: 31 out. 2024.

CARBALLO, M.; NERURKAR, A. Migration, refugees, and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 7, p. 556-560, 2001. DOI: 10.3201/eid0707.017733. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2631841/. Acesso em: 31 out. 2024.

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; SILVA, B. G. **Relatório Anual OBMigra 2022**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais. Ministério da Justiça e Segurança

Pública. Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2022. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados?id=401176. Acesso em: 31 out. 2024.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt. Acesso em: 31 out. 2024.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: MATTOS, R. A. de; PINHEIRO, R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39–64.

PERUHYPE, R. C.; STEFFENS, M. P.; YUJRA, V. H. M. (org.). **Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no Brasil**. 1. ed. Brasília, DF: OIM, 2022. Disponível em: https://brazil.iom.int/pt-br/resources/estrategias-para-atencao-integral-saude-de-migrantes-internacionais-no-brasil. Acesso em: 31 out. 2024.

SIRONI, A.; BAULOZ, C. EMMANUEL, M. **Glossary on Migration (International Migration Law, Nº. 34)**. International Organization for Migration (IOM), 2019. Disponível em: https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration. Acesso em: 31 out. 2024

TOPA J; NEVES S; NOGUEIRA C. Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 22, p. 328–341, 2013. DOI: 10.1590/S0104-12902013000200006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/cWVVzwsdskypzjb659sdvjd/?lang=pt. Acesso em: 31 out. 2024.

VENTURA, D. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00054118. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/D76jtMDtRHwzxxhn63nLPBx/?lang=pt. Acesso em: 31 out. 2024.

VENTURA, D. Mobilidade humana e saúde global. **Revista USP**, São Paulo, Brasil, n. 107, p. 55–64, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i107p55-64. Disponível em: https://revistas.usp.br/revusp/article/view/115113. Acesso em: 31 out. 2024.

CAPÍTULO 8

MULHERES TRABALHADORAS E OS ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE POSSIBILIDADES AFIRMATIVAS NO AMBIENTE DE TRABALHO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS E DA INTEGRALIDADE NA SAÚDE

Pollyanna de Oliveira Silva

Introdução

O SUS, criado para garantir acesso universal e gratuito, destaca-se como uma das conquistas civilizatórias mais importantes do povo brasileiro. Assim como outros direitos sociais protegidos pela Constituição Federal de 1988 — como o acesso à educação, à alimentação, à moradia e ao trabalho — o SUS contribui para o desenvolvimento e aprimoramento da sociedade ao relacionar-se à liberdade, igualdade e justiça (Brasil, 1988; Luz, 2006).

No contexto sanitário, a integralidade é posta como um princípio do SUS que dialoga com os direitos sociais constitucionais de forma ampliada e ressoa além dos limites da promoção, proteção, recuperação da saúde, e dos aspectos organizativos das redes de atenção (Cecilio, 2006). Uma das formas de entender esse polissêmico conceito envolve também a concepção de direitos humanos e perpassa o cuidado integral ofertado aos sujeitos, a partir dos seus desejos e necessidades que não se resumem a remédios, exames e consultas; nesse sentido, a integralidade assume contornos de uma imagem-objetivo, orientando e inspirando a construção de políticas sociais e econômicas inovadoras que conjugam diversos segmentos, como saúde, assistência social, educação, urbanismo e outros. Isso significa considerar a concepção da determinação social da saúde — e aqui se inclui a igualdade nas relações de gênero — e na construção

de políticas sociais, gerando reflexos consistentes na condição de saúde e bem-estar das pessoas (Mattos, 2006).

A discriminação tem impulsionado o movimento das mulheres em defesa da igualdade e respeito há séculos, em todo o mundo. Ao longo dos anos, às custas de suor e sangue daquelas que lutaram e lutam por direitos iguais entre os gêneros, algumas conquistas têm aproximado a sociedade de um modo de viver mais solidário e justo entre homens e mulheres. Contudo há ainda muitos debates que se fazem necessários em diversas dimensões: violência doméstica, dignidade menstrual, invisibilidade da mulher negra nos movimentos antirracistas e feministas, sobrecarga social, condições de trabalho, entre outras (Introine; Silva, 2018).

Adentrando nas relações trabalhistas e de gênero, sabe-se que o ambiente de trabalho é campo fértil para discriminações. Parece haver um consenso de que a diferenciação nociva entre homens e mulheres — refletida na disparidade salarial, representatividade feminina nos cargos de chefia e ocorrência de assédio moral e sexual no trabalho, por exemplo — constitui-se herança de uma tradição patriarcal, a qual direciona naturalmente as mulheres a uma posição inferior e submissa (Neves, 2013; Costa; Yannoulas, 2011; Lima, 2011; Vernes-Pinto, 2020).

Posto que cabe analisar o processo saúde-doença a partir do referencial da determinação social da saúde, temos as condições de trabalho como um fator importante na expressão de saúde (Borghi *et al.*, 2018). Ainda, ao reconhecer a subjetividade dos sujeitos, somos convidados a praticar uma atenção holística, integral, que deve perpassar não só os encontros entre usuários e profissionais da saúde na ro-

tina dos serviços, como também a proposição e construção de políticas públicas intersetoriais e transversais (Souza *et al.*, 2012). É notável a discrepância entre o caminhar de mulheres e homens em suas carreiras, no âmbito público e privado, especialmente na área da saúde. As mulheres representam, majoritariamente, os profissionais de saúde tanto da assistência quanto da esfera administrativa. Estão à frente das ações assistenciais e dos grandes projetos de governo, operacionalizando o sistema e o fazendo girar. Contudo, como bem estabelecido na literatura, são sub-representadas nos cargos de liderança e nos espaços decisórios (Padilla *et al.* 2021). Rotineiramente, entrevistas televisionadas, aberturas de grandes eventos, composição de mesas políticas que debatem saúde, por exemplo, são protagonizadas por homens. Nos bastidores, o contraponto: a grande massa feminina, que detém o conhecimento técnico e operacional, permanece atravessada socialmente pelo ser mulher e todos os seus impactos. Não são raras as vezes em que identificamos mulheres potentes, altamente capacitadas, que não alcançam as posições de mais prestígio e visibilidade política claramente por questões de gênero. Os inevitáveis desconfortos e inquietações gerados por esse cenário impulsionam essa reflexão e o desejo de construir propostas que possam modificar essa realidade.

Este ensaio apresenta uma reflexão entre os princípios da integralidade no SUS e os determinantes sociais, psicológicos e culturais que afetam a saúde das mulheres no ambiente de trabalho. Para tanto, buscou-se na literatura, a partir dos descritores *integralidade em saúde*, *igualdade de*

gênero e *mulheres no mercado de trabalho*, artigos que trouxessem elementos relevantes para essa construção.

Desenvolvimento

Partindo da concepção ampliada de saúde, na qual entende-se que a saúde é determinada pelas circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, evidencia-se a intrínseca relação entre a Integralidade na Saúde e os direitos humanos, que envolvem, por exemplo: a liberdade de opinião e expressão, o direito à vida e à liberdade, à educação, à saúde e, por fim, ao trabalho, em condições justas e favoráveis (ONU, 1948). A integração dos direitos humanos ao contexto sanitário favorece e amplia a compreensão da saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doenças; portanto, a proteção desses direitos faz-se fundamental para a efetivação do cuidado integral em saúde, garantindo a igualdade, a dignidade e o acesso, independentemente da condição social e econômica, da raça, da religião e do gênero das pessoas.

Aproximando do objeto da discussão, coloca-se em evidência os impactos das condições injustas e desfavoráveis de trabalho nas experiências de adoecimento das pessoas (Cardoso, 2015). A observação através da lente da interseccionalidade justifica a análise a partir das relações de gênero, uma vez que as divisões técnicas e sociais são fortemente conformadas a partir de uma divisão sexual do trabalho (Brito, 2000).

A diferenciação imprópria baseada no sexo, decorrente do tratamento desigual de questões sobre o gênero em termos políticos, socioeconômicos e culturais no Brasil, é o pilar para a discriminação da mulher (Moreira, 2017; Biroli, 2018). Quando a discriminação, por razão de gênero, é capaz de impactar negativamente em diferentes aspectos da vida de mulheres, pode ser entendida como um sistema de dominação social (Alves; Faria, 2020). Dessa forma, assim como comprometimentos no âmbito profissional, coexistem interferências nas relações interpessoais, repercussões na saúde física e mental, e outros.

Relacionam-se a determinação social da saúde e a integralidade na medida em que determinantes sociais como o trabalho, em evidência nesse texto, beneficiam a concepção integral do sujeito e são, necessariamente, considerados na construção de políticas sociais. As políticas públicas de educação, além das ações de fomento ao emprego, trabalho e renda, retratam bem as dimensões em que a interdependência entre determinação social da saúde, integralidade e trabalho se faz necessária (Vieira, 2020).

Alguns marcos são rememorados na redefinição desse cenário de discriminação contra as mulheres e na busca por integralidade através do fortalecimento de ações relacionadas aos determinantes sociais de educação e trabalho. De forma tardia, em outubro de 1827, meninas puderam ingressar à educação básica; e somente em 1879 os espaços universitários foram abertos à presença feminina. A criação do primeiro partido político feminino, em 1910, desencadeou ações refletidas na garantia do sufrágio pelas mulheres em 1932; vale lembrar que o

pleito datava de 1891, desde a Constituinte daquele ano. Apenas em 1988, a Constituição brasileira passa a prever as mulheres iguais aos homens, com os mesmos direitos e deveres (Hollanda, 2019).

Embora sejam relevantes as conquistas do movimento feminista ao longo de sua história, caso tal progresso continue no ritmo atual, a paridade de gênero no âmbito trabalhista só seria alcançada daqui a 132 anos (Silva; Barbosa, 2023). A pandemia de covid-19 contribuiu com a desaceleração dos avanços na mitigação dessas desigualdades: nesse cenário, situações de redução da hora de trabalho, demissões em massa, crise econômica e outras afetaram desproporcionalmente homens e mulheres (Collins *et al.*, 2021).

Dados do Fórum Econômico Mundial (2023) mostram que, apesar de alguns avanços, as mulheres ainda são minoria nos cargos de liderança no mundo, ocupando pouco menos de um terço das posições gerenciais e de direção em 2022 (Fórum Econômico Mundial, 2023). A desigualdade se estende ao trabalho não remunerado: organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) Mulheres, estimam que mulheres e meninas dedicam cerca de 2,5 a 3 vezes mais tempo a atividades de cuidado e afazeres domésticos do que os homens, o que restringe sua inserção e trajetória no mercado de trabalho remunerado (ONU Mulheres, 2020; 2024). No contexto brasileiro, estudos baseados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua evidenciam que a informalidade e o desemprego atingem de forma desproporcional a população negra; pretos e pardos representam a maior parte dos trabalhadores

informais e dos desocupados, compondo cerca de 64% dos desempregados no país (IBGE, 2019; IPEA, 2022). Entre as mulheres, esse quadro é ainda mais crítico para as mulheres negras, que apresentam taxas mais elevadas de informalidade e de desemprego em comparação com mulheres brancas, reforçando a raça como marcador social e a condição de dupla discriminação da mulher negra no mercado de trabalho (Feijó, 2022; DIESSE, 2024). Tais números reforçam a raça como um marcador social e espelham a situação de dupla discriminação da mulher negra, assim como acontece com mulheres de etnias e identidades de gênero minoritárias e vulnerabilizadas.

Outra constatação diz respeito à média salarial desigual percebida por homens e mulheres. Alves e Farias (2020) trazem em seu estudo números que revelam uma diferença de R$489,00; enquanto homens recebiam, em 2017, em média R$2.251,00, mulheres recebiam R$1.762,00 no mesmo ano. Apesar de desempenharem as mesmas atividades em determinado contexto, as mulheres recebem salários muito inferiores (Alves; Farias, 2020). Vale dizer que a Constituição Federal e a Consolidação das Leis Trabalhistas conferem à mulher trabalhadora o direito a salários isonômicos em caso de trabalhos de igual valor. Contudo, empregadores tendem a justificar a disparidade apresentada com o argumento da distinção havida entre as tarefas executadas em um dado contexto empregatício, o que não se sustenta (Brasil, 1943, 1988; Alves; Farias, 2020).

Nessa complexa teia onde se articulam diferentes motivações discriminatórias, coexiste ainda o que a literatura denomina de *penalidade da maternidade*, conceito baseado na

cultura discriminatória existente no mercado de trabalho da mulher que possui filho(s). Dados revelam que a maternidade reflete negativamente na carreira, principalmente ao considerar mulheres altamente qualificadas e remuneradas. Em 2016, uma equipe de pesquisadores identificou perda salarial de até 10% por filho para mulheres trabalhadoras, fato que impacta no processo decisório das mulheres sobre ter filhos ou não, temendo a penalidade da maternidade (England *et al.*, 2016; Introine; Silva, 2018).

Do ponto de vista normativo, a transição da legislação trabalhista brasileira está sendo construída por momentos que, em certo período da história, consideravam uma inexistência dos direitos das mulheres, em outro, fizeram surgir uma legislação excessivamente protetora ao se basear numa suposta fragilidade biológica, física e mental, além de adotar um enfoque nos direitos relacionados à maternidade. Por fim, vivemos um momento no qual há um redirecionamento do enfoque de *discriminação contra a mulher* para *igualdade de oportunidades para homens e mulheres*. Contudo, apesar de haver no ordenamento jurídico brasileiro dispositivos diversos que visam a proteção da trabalhadora, do nascituro e da maternidade, ainda são insuficientes para prevenir atos discriminatórios em razão da gravidez. Há uma crítica ainda sobre a extensão das normas antidiscriminatórias e a incoerente incapacidade de abarcar todas as situações em que as mulheres são postas em situação de desigualdade (Goldschmidt; Renck; Ambros, 2022).

Legisladores e pesquisadores, no intento de operar transformações reais e definitivas, têm se debruçado sobre propostas afirmativas, em detrimento de políticas pura-

mente antidiscriminatórias, objetivando atuar preventivamente em favor das mulheres (Goldschmidt; Renck; Ambros, 2022).

Ao discorrer sobre as origens globais das iniquidades em saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS mostrou como as condições de vida (como moradia, segurança, saúde e trabalho) impactam fortemente na perspectiva de vida das pessoas. Nesse contexto, a Organização considera também fatores subjacentes como a inclusão não discriminatória em interações sociais e políticas para que os sujeitos atinjam seu pleno potencial no que tange à saúde. Para isso, idealmente, mulheres e homens deveriam experimentar condições de igualdade em todos os cenários, incluindo o trabalhista. Fica claro então que as políticas sociais não deveriam ter o objetivo de eliminar as diferenças para que as pessoas tenham a mesma qualidade de saúde, mas, visando a imagem-objetivo da Integralidade em Saúde, reduzir ou eliminar aquelas que sejam fruto de fatores que possam ser considerados evitáveis e injustos (Ottersen, 2014).

Considerações finais

O contexto em discussão exige ações práticas, de cunho individual e coletivo, que visem mitigar a desigualdade de gênero no universo trabalhista numa perspectiva interseccional.

A luta por igualdade de gênero, especialmente no contexto trabalhista, é marcada por avanços importantes, mas reconhece também que há uma longa jornada ainda a ser percorrida. Apesar das conquistas históricas, prin-

cipalmente no âmbito da legislação, a realidade continua marcada por desigualdades persistentes, como disparidades salariais, sub-representação em cargos de liderança e discriminações múltiplas que impactam mulheres de diferentes etnias, idades e orientações.

O desafio de desconstruir as heranças patriarcais que moldam as relações sociais e trabalhistas exige esforços contínuos em várias frentes: fortalecimento de políticas públicas efetivas, promoção de práticas organizacionais inclusivas e enfrentamento de estereótipos que perpetuam a desigualdade de gênero. Além disso, é essencial garantir a proteção às mulheres em situações de maior vulnerabilidade, como aquelas em empregos informais ou vítimas da chamada *penalidade da maternidade*, que limita sua ascensão e autonomia.

A integração entre a determinação social da saúde e as políticas intersetoriais se mostra indispensável nesse contexto, especialmente quando se busca garantir a integralidade da atenção à saúde. A integralidade, como princípio do SUS, exige uma abordagem que considere as múltiplas dimensões que afetam a saúde dos indivíduos, incluindo fatores sociais, econômicos e culturais. Nesse sentido, a adoção de estratégias que extrapolem o enfoque biomédico e levem em conta o impacto das condições de trabalho na saúde física e mental das mulheres é essencial para a formulação de políticas públicas mais justas e eficazes.

Ao articular saúde, educação, assistência social e trabalho, promovem-se ações integradas que ampliam o acesso à educação e ao emprego digno — pilares fundamentais não apenas para a igualdade de oportunidades, mas também

para a promoção da saúde integral. Essa perspectiva reforça a necessidade de intervenções que transcendam o setor saúde, promovendo o cuidado em todas as esferas da vida das mulheres, de forma contínua e articulada.

Por fim, é evidente que alcançar a paridade de gênero e a efetivação da integralidade em saúde requer esforços de curto, médio e longo prazo. A conscientização, a valorização do papel das mulheres nos diversos setores da sociedade e a responsabilização das instituições são passos indispensáveis para superar barreiras estruturais e culturais. Somente com o engajamento coletivo e com políticas públicas intersetoriais e integradas será possível construir um futuro em que o respeito, a igualdade e o cuidado em saúde sejam garantidos a todos, independentemente de gênero.

Referências

ALVES A. C.; FARIAS M. C. Reforma trabalhista e direitos das mulheres: vulnerabilidade e discriminação no mercado e no contrato de trabalho. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2020/4/2020_04_0177_0216.pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades**: os limites da democracia no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2018.

BORGHI, C. M. S. O.; OLIVEIRA R. M.; SEVALHO G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na américa latina. **Trab. educ. saúde**, v. 16, n. 3. 2018. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00142. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/jJpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/?lang=pt. Acesso em: 15 mai. 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, jan. 2000. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000100020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/qnbzLVqQPw6qNJrqZm4xh4S/abstract/?lang=pt. Acesso em: 15 mai. 2025.

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Dossiê – Ciências Sociais e Saúde**, v. 27, n. 1, jan.–jun. 2015. DOI: 10.1590/0103-2070201501l0. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ts/a/4zYdCRfPsMbWRBR9bfPxNsf/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 mai. 2025.

CECILIO, L. R. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006.

COLLINS, C., LANDIVAR, L. C., RUPPANNER, L., SCARBOROUGH, W. J. Covid-19 and the gender gap in work hours. **Gender, Work & Organization**, v. 28, supl. 1, p. 101–112, 2021. DOI: 10.1111/gwao.12601.

COSTA, A. C.; YANNOULAS, S. C. Construindo novos túneis: subterfúgios das engenheiras para deslocar as fronteiras da divisão sexual da ciência e da tecnologia. **Revista Internacional**

Interdisciplinar INTERthesis, v. 8, n. 2, p. 36-56. 2011. DOI: 10.5007/1807-1384.2011v8n2p36. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2011v8n2p36. Acesso em: 15 mai. 2025.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). **Inserção das mulheres no mercado de trabalho**: Brasil e regiões, 2024. Disponível em: https://www.dieese.org.br/materialinstitucional/quemSomos.html. Acesso em: 24 nov. 2025.

ENGLAND, P.; BEARAK, J.; BUDIG, M. J.; HODGESD, M. J. Do highly haid, highly skilled women experience the largest motherhood penalty? **American Sociological Review**, v.81, n. 6, p.1161–1189, 2016. DOI: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003122416673598. Disponível em: https://www.asanet.org/wp-content/uploads/attach/journals/dec16asrfeature.pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

FEIJÓ, J. A participação das mulheres negras no mercado de trabalho. **Blog do Ibre**, 26 jul. 2022. Disponível em: https://blogdoibre.fgv.br/posts/participacao-das-mulheres-negras-no-mercado-de-trabalho?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 24 nov. 2025.

FÓRUM ECONÔMICO MUNDIAL. **Global Gender Gap Report 2023**. Geneva, 2023. Disponível em: https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2023.pdf. Acesso em: 24 nov. 2025.

GOLDSCHMIDT, R.; RENCH, M. H. P.; AMBROS, F. **Discriminação contra as mulheres no trabalho e ações afirmativas**. 2. ed. atual, Criciúma, SC: UNESC, 2022. p. 89. DOI: http://dx.doi.org/10.18616/discri. Disponível em: https://www.unesc.net/portal/capa/index/300/5886/. Acesso em: 15 mai. 2025.

HOLLANDA, H. B. **Pensamento feminista brasileiro**: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. Disponível em:

https://nenp.ufms.br/files/2024/09/Heloisa-Buarque-de-Hollanda-Pensamento-feminista-brasileiro_-formacao-e-contexto-Bazar-do-Tempo-_201.pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

INTROINE, P. I. N.; SILVA, M. M. A correlação entre os direitos reprodutivos e o direito ao trabalho a luz dos princípios de Yogyakarta. **Rev. de Gênero, Sexualidade e Direito**, v.4, n.2, p.98–118. 2018. DOI: 10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2018.v4i2.4925. Disponível em: https://indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/4925. Acesso em: 15 mai. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**, 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html. Acesso em: 24 nov. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retratos – indicadores do mercado de trabalho**: informalidade por cor e sexo. 2022. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/categorias/268-retratos-indicadores/retratos-indicadores-mercado-de-trabalho?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 24 nov. 2025.

LIMA, F. A. **Teoria da discriminação nas relações de trabalho**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS / ABRASCO, 2006. Disponível em: https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/sentidos-da-integralidade8edicao.pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

MOREIRA, A. J. **O que é discriminação?** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

NEVES, M. A. Anotações sobre trabalho e gênero. **Cadernos de Pesquisa**, v. 43, n. 149, p. 404-421. 2013. DOI: 10.1590/S0100-15742013000200003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cp/a/5c6jtJQ7sLPTwQzHcBGc7pL/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 mai. 2025.

ONU MULHERES. **Investir nas mulheres**: acelerar o progresso. [S. l.]. 2024. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/262624-investir-nas-mulheres-acelerar-o-progresso?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 24 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 10 dez. 1948. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2025-03/ONU_DireitosHumanos_DUDH_UNICRio_20250310.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.

OTTERSEN, O. P.; DASGUPTA, J.; BLOUIN, C.; BUSS, P.; CHONGSUVIVATWONG, V.; FRENK, J.; FUKUDA-PARR, S.; GAWANAS, B. P.; GIACAMAN, R.; GYAPONG, J.; LEANING, J.; MARMOT, M.; MCNEILL, D.; MONGELLA, G.; MOYO, N.; MOGEDAL, S.; NTSALUBA, A.; OOMS, G.; BJERTNESS, E.; LIE, A. L.; MOON, S.; ROALKVAM, S.; SANDBERG, K.; SCHEEL, I. B. The political origins of health inequity: prospects for change. **The Lancet**, v. 383, Issue 9917, p. 630–667. 2014. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62407-1/fulltext. Acesso em: 15 mai. 2025.

PADILLA, M.; GOSCH, C.; POSSA, L. B.; FERLA, A. A. **Mulheres e Saúde**: as diferentes faces da inserção feminina no trabalho e na educação em saúde. 1 ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. DOI: 10.18310/9788554329426. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/06/Livro-Mulheres-e-

Saude-as-diferentes-faces-da-insercao-feminina-no-trabalho-e-na-educacao-em-saude.pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

SILVA, L. C. O.; BARBOSA, L. S. Career Interventions for Promoting Gender Equality. **Paidéia**, v. 33, e3320, 2023. DOI: 10.1590/1982-4327e3320. Disponível em: https://www.scielo.br/j/paideia/a/WVQfbWRWTksyD9jwrWFSmFD/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 15 mai. 2025.

SOUZA, M. C.; ARAÚJO, T. M.; REIS JÚNIOR, W. M.; SOUZA, J. N.; VILELA, B. A.; FRANCO, T. B. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 3, 452–460, jul.–set. 2012.

VERNES-PINTO, R. S. Discriminação Institucional: uma antidiscriminação descolonial na análise do recorte racial em época de pandemia. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 6, n. 2, p. 104–120. 2020. DOI: 10.26668/2525-9849/Index_Law_Journals/2020.v6i2.7085. Disponível em: https://indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/7085/pdf. Acesso em: 15 mai. 2025.

VIEIRA, F. S. Gasto federal com políticas sociais e os determinantes sociais da saúde: para onde caminhamos? **Saúde debate**, v. 44, n. 127, out.–dez., 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012701. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bwT6Y5bRzchHpZcnVxM7J3H/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 mai. 2025.

CAPÍTULO 9

SENTIDOS DE INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE TELESSAÚDE NA APS: UM OLHAR SOBRE POLÍTICAS, GESTÃO E CUIDADO

Ariádina Heringer Figueredo
Mariana Vercesi de Albuquerque
Monica Martins

Introdução

A OMS define Saúde Digital como um conjunto de aplicações e dispositivos relacionados à Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) no campo da saúde. Inclui a utilização de plataformas de chamada de vídeo para interação entre profissionais e pacientes, prontuários eletrônicos, análise de grande quantidade de dados, inteligência artificial, ferramentas para auxiliar o suporte à decisão clínica e dispositivos móveis para coleta de dados, dentre outros (WHO, 2019).

O uso dessas ferramentas de TIC na área da saúde não se trata de algo recente. Internacionalmente há registros de utilização de algumas tecnologias há pelo menos um século. No Brasil, viu-se a incorporação no SUS há aproximadamente 20 anos, como estratégia educacional para capacitação, suporte a diagnóstico, com o desenvolvimento de polos de telessaúde junto às universidades (Catapan *et al.*, 2024)

A telessaúde, parte integrante da Saúde Digital, pode ser compreendida como um serviço de saúde e cuidado à distância, englobando teleconsulta, teletriagem, telemonitoramento, tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico, televigilância, telerregulação e segunda opinião formativa (Catapan *et al.*, 2024; Caetano *et al.*, 2020).

Com a crise sanitária ocasionada pelo coronavírus em 2019, o fenômeno da telessaúde, mais especificamente o da telemedicina, ganhou destaque no Brasil e no mundo. A telemedicina emergiu como a alternativa possível para dar respostas urgentes à necessidade de reorganização das práticas de saúde, evitar a circulação de pessoas e reduzir a proliferação da doença, priorizar a demanda e evitar o colapso nos sistemas de saúde (Freire *et al.*, 2023; Paloski *et al.*, 2020).

Evidências relacionadas à experiência de uso de telessaúde no período da pandemia resultaram em alguns avanços, desde o desenvolvimento de normativas que permitissem a ampliação das práticas de saúde virtuais pelos profissionais de saúde, legitimando a sua permanência posterior à emergência sanitária, até a demonstração dos benefícios da telessaúde, para alguns grupos de pacientes específicos. Autores citam à redução no tempo de espera por consultas, por custos com deslocamentos para os profissionais de saúde e pacientes e o acesso facilitado a especialistas (Catapan *et al.*, 2024; Caetano *et al.*, 2020).

Em 2024, o MS cria o Programa SUS Digital de forma a impulsionar a transformação digital no âmbito do SUS. Em documento específico, ressalta-se que a estratégia visa a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, de forma a atender os princípios do sistema, incluindo o da integralidade (Brasil, 2024a). No mesmo ano, outros documentos foram publicados incentivando, com recursos, o desenvolvimento de telessaúde. Um deles foi o da criação de salas de atendimentos remotos para a realização

de teleconsultas e interconsultas entre as equipes do SUS, incluindo as equipes da APS (Brasil, 2024b).

A APS no Brasil, desde o início de sua implantação, desenvolveu um papel importante na ampliação do acesso da população a serviços de saúde no SUS e na organização do cuidado na RAS, impactando positivamente na melhoria de indicadores de saúde da população. No entanto, apesar destes resultados, a APS ainda enfrenta alguns entraves, principalmente relacionados ao seu subfinanciamento, o que dificulta o seu avanço (Giovanella, 2018).

Há debates no mundo em torno de que a telessaúde possa ampliar o acesso aos serviços de saúde (Catapan; Calvo, 2020; Paloski *et al.*, 2020). No Brasil, acredita-se que possa ser uma estratégia importante para oportunizar oferta de serviços de saúde à população, desde que seu desenvolvimento esteja atrelado aos princípios do SUS (Catapan *et al.*, 2024; Fornazin; Rachid; Coelho Neto, 2022). Na APS, discussões apontam o potencial da telessaúde para enfrentamento de algumas deficiências, principalmente que possa auxiliar na coordenação do cuidado e na articulação da RAS (Bender *et al.*, 2024; Katz *et al.*, 2020; Harzheim *et al.*, 2019). Desta forma, supõe-se que os avanços das evidências sejam um dos motivos para o MS apontar nas suas normativas relacionadas à saúde digital, à questão do acesso e da integralidade (Brasil, 2024a).

A partir dessa discussão, para a construção deste capítulo, parte-se dos pressupostos de que a telessaúde possa ser uma importante estratégia para potencializar a coordenação do cuidado e a resolutividade da APS, desde que seja implementada de forma articulada à RAS e pautada nos

princípios do SUS. Nesta perspectiva, a partir de publicações e ensaios teóricos, pretende-se discutir aplicações da telessaúde na APS e sua contribuição para a implementação de dimensões de integralidade no SUS.

As múltiplas dimensões da integralidade

Definir e medir a integralidade não é uma tarefa fácil, pois abarca conceitos polissêmicos com múltiplos sentidos e aplicações no campo das políticas e práticas de saúde do SUS. Desde a sua origem, na Constituição Federal de 1988, representa fortemente o direito à saúde nas políticas sociais. No decorrer dos anos, articulou-se intrinsicamente ao sentido do cuidado. Encontramos na literatura, referências de integralidade ao sinônimo de *atendimento integral* como um princípio do SUS (Mattos, 2009). Outras vezes, como um constructo de valores éticos, ideológicos, conceitos organizativos, estruturais e políticos, vistos em alguns momentos como inatingíveis tamanha a sua complexidade, mas totalmente indispensáveis (Mattos, 2009; Pinheiro; Mattos, 2009; Camargo Junior, 2007).

Partindo dessa premissa é possível agregar três conjuntos de sentidos atribuídos a integralidade: o primeiro refere-se ao campo das políticas de saúde ou ações governamentais frente a alguns problemas de saúde, como forma de dar respostas a determinados grupos ou populações, como foi o caso da Política Nacional de IST/AIDS. O segundo sentido está atrelado à questão de organização do sistema de saúde, a forma como os níveis de assistência estão interligados para o cumprimento do papel de RAS no SUS. O

terceiro conjunto de sentidos volta-se às questões inerentes ao cotidiano das unidades de saúde, ou seja, às práticas de cuidado (Mattos, 2004). Neste capítulo, tais conjuntos de sentidos foram denominados como sentidos da integralidade voltados para a *política,* para a *gestão* e para o *cuidado*, respectivamente.

Há de se ressaltar que tais sentidos ou dimensões da integralidade, aqui identificados nas perspectivas de *política*, *gestão* e *cuidado* não se materializam de forma segregada, são interdependentes. Serviços de saúde com estruturas inadequadas podem comprometer o processo de trabalho dos profissionais de saúde e assim, as suas práticas desenvolvidas. As políticas públicas de saúde, com o *olhar* fragmentado para os sujeitos, podem contribuir para uma desarticulação da RAS. Inerente a esses sentidos e tantos outros que possam existir, a base da integralidade, deve ser o direito à saúde: prover o atendimento integral às necessidades de saúde da população pelo SUS (Mattos, 2009).

Atenção primária à saúde no SUS

Assim como a integralidade, a APS é um termo que envolve múltiplas interpretações e abarca em seu constructo diferentes conceitos e aplicações no campo da saúde coletiva, no mundo e no Brasil. A partir da proposição de Alma Ata, em 1978, com a *Estratégia saúde para todos nos anos 2000,* passou a ser incorporada de diferentes formas nos sistemas de saúde. Nessa estratégia, passou a ser defendida como uma função central de organização dos sistemas de saúde e destacou a sua importância na articulação intersetorial

para o desenvolvimento social e econômico, como resposta aos determinantes de saúde (Giovanella, 2018).

A APS pode ser compreendida como porta de entrada do sistema de saúde, na qual oferece serviços ambulatoriais de primeiro contato, para acolhimento das demandas de saúde e encaminhamento a outros níveis de atenção. Outras vezes, possui serviços de saúde baseados em uma cesta restrita. Como o modelo mais abrangente, proposto pela Alma Ata, a mesma não se restringe à porta de entrada, nem à oferta de ações restritas, sendo responsável por prover atenção à maior parte dos problemas de saúde da população, com ações de prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e ordenar a rede de atenção à saúde e a coordenação do cuidado do paciente, acompanhando o usuário aos níveis de atenção à saúde (Mendonça *et al.*, 2018). Nesta concepção mais abrangente, o sujeito, a família e a comunidade possuem um importante papel na implementação e na construção das políticas e práticas de saúde (Campos, 2018).

Nesta perspectiva ampliada, Starfield (2002) defende que a APS deva ser orientada por atributos essenciais denominados: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação do cuidado e atributos derivados: a orientação familiar, a orientação comunitária e a relação cultural. Quanto à integralidade da atenção, a autora destaca ser um importante mecanismo que busca assegurar a oferta de serviços de saúde, tratando qualquer problema que o paciente possa vir a apresentar nos diferentes ciclos de vida, de forma coordenada, envolvendo outros serviços, e contínua.

No Brasil, no início de sua implantação no SUS como o Programa Saúde da Família em 1994, e depois como Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Atenção Básica mostrou resultados importantes, tanto que ocupou um lugar de destaque na PNAB como uma estratégia central para a reorientação do sistema de saúde (Campos, 2018).

No entanto, adotar a APS como uma estratégia central de um sistema de saúde universal como o SUS, em um país de grande extensão territorial com profundas desigualdades regionais, estratificações sociais e fragilidades econômicas e políticas, faz com que a saúde vivencie desafios constantes. É inegável o avanço da APS no Brasil com a Política Nacional da Atenção Básica, entretanto esse avanço da cobertura e o tipo de ações desenvolvidas não acontece da mesma forma em todos os municípios brasileiros. Os rurais possuem maiores dificuldades de implantação da ESF de forma mais acessível e abrangente, seja por interrupção de políticas estruturantes nos últimos anos de governo de Temer e Bolsonaro, como também as relacionadas às barreiras geográficas, que resultam em dificuldade de contratação e fixação de profissionais, dentre outras (Fausto *et al.*, 2023).

No enfrentamento destas barreiras, principalmente nos aspectos relacionados à ampliação do acesso (Freire *et al.*, 2023; Lisboa *et al.*, 2023; Caetano *et al.*, 2020) à coordenação (Harzheim *et al.*, 2019) e à qualidade do cuidado (Catapan *et al.*, 2024), a telessaúde tem sido destacada como uma estratégia em potencial para colaborar no enfrentamento destes problemas. Desta forma, após contextualizar sentidos de integralidade e concepções de APS, legitimando a necessidade de uma APS ampliada, será discutido na pró-

xima seção possíveis relações das práticas de telessaúde na APS com essas concepções e sentidos.

Os sentidos de integralidade nas políticas, na gestão e nas práticas de cuidado na telessaúde na APS

Entende-se como práticas de telessaúde a assistência/cuidado prestado a distância por profissionais de saúde para os usuários do SUS e/ou entre profissionais, por meio de TIC, a fim de ampliar o acesso, a coordenação do cuidado, a integração da RAS, a transição entre serviços, e com isso a resolutividade e a integralidade do cuidado (Catapan *et al.*, 2024; Caetano *et al.*, 2020).

Para identificar possíveis sentidos de integralidade, *políticas, gestão e cuidado,* atrelados à telessaúde na APS, faz-se necessário destacar alguns fatores que foram importantes precursores no SUS. Antes de termos uma política específica, algumas iniciativas foram realizadas por organizações, universidades e o próprio MS, mas ainda não de forma hegemônica para todo o país. No ano de 2005, foi criada pelo Ministério de Ciência e Tecnologia a Rede Universitária de Telemedicina associada a projetos de pesquisa e ensino nas universidades, junto a alguns hospitais universitários e unidades de saúde-escola, para fomentar a integração entre esses espaços, mas ainda não era um programa do MS para a APS (Silva; Moraes, 2012).

Em 2007, o MS cria o Programa Telessaúde, no início para nove estados e, posteriormente, em 2011, estendendo para todo o território nacional, com a proposta de fortale-

cimento da qualidade de atendimento na APS, integrando educação permanente em saúde e apoio assistencial por meio de ferramentas de TIC. O Programa era constituído por núcleos descentralizados que desenvolviam as seguintes práticas específicas para profissionais e trabalhadores do SUS: teleconsultoria, segunda opinião formativa, tele-educação e telediagnóstico. Além disso, havia um componente de informatização das UBS com os objetivos de ampliar a resolutividade da APS e promover a integração das unidades à RAS (Lisboa *et al.*, 2023; Silva; Moraes, 2012).

Pela primeira vez, mesmo que não disponível para todo o Brasil, pois dependia de centros universitários e de UBS com equipamentos e algum tipo de conectividade, vimos institucionalmente práticas de telessaúde sendo desenvolvidas para a APS, nas quais o profissional da APS interagia com outros profissionais de saúde, na tentativa de melhorar a assistência prestada aos pacientes, sempre com o foco nos problemas de saúde apresentados.

O Programa Telessaúde apresentou avanços em alguns estados e municípios, auxiliando os profissionais da APS nos atendimentos, realizando telediagnóstico, formação das equipes por meio de tele-educação e fornecendo segunda opinião formativa, resultando em um importante impulsionador para a integralidade e a resolutividade no SUS (Coutinho *et al.*, 2019; Piropo e Amaral, 2015). Desta forma, mesmo que não sendo desenvolvida diretamente com o paciente por meio de teleconsultas, a telessaúde resultou em uma importante estratégia para potencializar a atuação da APS com a disponibilização de formação profissional (*tele-educação*) e suporte (*teleconsultoria e telediagnóstico*)

para um atendimento integral na perspectiva de melhoria da qualidade do cuidado. Profissionais mais qualificados e com maior apoio institucional conseguem acolher melhor as demandas dos usuários e estabelecer melhores relações de cuidado.

Nos anos seguintes ao de 2011, poucos foram os investimentos diretos em telessaúde na APS. A partir de 2017, alguns programas de estruturação tecnológica do SUS foram desenvolvidos pelo MS, para apoio à informatização da RAS, com disponibilização de prontuários eletrônicos com vistas à integração dos dados, conectividade, principalmente para a APS e criação de Rede Nacional de Dados em Saúde para dispor padrões para a adoção de interoperabilidade dos dados, tais como o Programa de Informatização das UBS, em 2019, o Programa Conecte SUS (OECD, 2021) e por fim, a publicação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020 a 2028 (Brasil, 2020).

Nessa perspectiva, dispor de mecanismos e tecnologias tais como a utilização de prontuário eletrônico único e outras TIC que ampliem a coordenação do cuidado e a ordenação da rede pela APS, pode facilitar na transição do cuidado, em diferentes níveis de atenção, e ampliar a qualidade do cuidado. Tal fato pode ser constatado na utilização de práticas de telessaúde na regulação do acesso à assistência. A *telerregulação* e a *teleconsultoria* entre profissionais da regulação e da APS ampliam os cuidados clínicos, reduzem filas de espera dos pacientes por especialistas, auxiliam na integração e comunicação entre os profissionais da RAS, evitam deslocamentos dos pacientes e procedimentos desnecessários, ampliam a resolutividade da APS e aumentam

a confiança e o vínculo entre os pacientes e profissionais da APS (Katz *et al.*, 2020).

Neste processo pode-se notar o sentido da integralidade relacionado à organização das ações e serviços de saúde do SUS, aqui neste capítulo compreendido como voltado para a *gestão*. A disponibilização de tecnologia no arranjo organizacional da RAS oportuniza ao usuário o serviço certo, no tempo certo, de acordo com as suas necessidades de saúde (acesso oportuno). A integralidade, nesse sentido, passa a ser um eixo organizador dos processos de trabalho, dos serviços e da rede, caracterizada pela ampliação da oferta condizente com as necessidades de saúde da população (Mattos, 2009).

Tais ações pontuadas acima ainda aconteciam de forma muito heterogênea e dispersa no SUS devido à resistência principalmente da categoria médica. No entanto a grave crise sanitária ocasionada pela pandemia do covid-19 impulsionou o processo de utilização de TIC no SUS para a realização de outras práticas de cuidado à distância. A restrição da circulação de pessoas, para evitar o aumento da transmissibilidade do vírus, a necessidade de realização de triagem dos pacientes sintomáticos, o monitoramento dos pacientes infectados e, posteriormente, o acompanhamento dos pacientes com doenças e agravos crônicos, fizeram com que os profissionais de saúde aderissem às outras práticas de telessaúde, tais como, a *teleconsulta, teletriagem e telemonitoramento* (Caetano *et al.*, 2020). A *tele-educação* desenvolvida entre residentes, profissionais de saúde e usuários de comunidade neste período, também mostrou o potencial das tecnologias para trabalhar

temas de saúde em geral e orientar o autocuidado (Lima; Siqueira; Netto, 2022).

A resistência que havia antes da pandemia, necessitou ser rompida e uma janela de oportunidades para a telessaúde foi criada. Desde então, percebendo a potencialidade dessas práticas na transformação do SUS e a necessidade de normativas que legislassem sobre a atuação dos profissionais, órgãos competentes e o MS, publicaram as normativas que vêm permitindo e ampliando a institucionalização da telessaúde no SUS (Brasil, 2022a, 2022b, 2023, 2024a, 2024b; CFM, 2022; COFEN, 2022).

Em um desses documentos publicados, além de objetivar de forma mais veemente a transformação digital, traz, dentre outros eixos, a incorporação de práticas de telessaúde com vistas à integralidade e à resolubilidade em saúde (Brasil, 2024a). Ao destacar a integralidade no escopo da estruturação desse projeto de grande importância para o SUS e afirmar que a transformação digital se aplica ao campo da saúde como um todo, o MS parece ter assumido o compromisso de pensar a integralidade em um sentido mais amplo, para a construção de políticas públicas, o sentido da integralidade previsto na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), o de Direito à Saúde.

O sentido da integralidade expresso no cuidado pode ser identificado na telessaúde quando está relacionada à prática assistencial e à interação do profissional de saúde diretamente com o usuário. No decorrer da teleconsulta, algumas limitações são impostas pela tecnologia e pela distância, no entanto, como forma de ultrapassar tais obstáculos, outros sentidos são aguçados, tais como a visão e a

audição. Como não há forma de realizar todas as etapas da consulta presencial, a história do paciente ganha destaque, e para aumentar a qualidade do cuidado é preciso priorizar o espaço da escuta e do acolhimento. Enquanto o paciente fala, o profissional precisa ouvir sem interrupção, e no momento das orientações, é preciso verificar se o que foi dito foi compreendido.

Desta forma, acredita-se que as práticas de *teleconsultas* podem ter um grande potencial para o exercício da integralidade a partir do encontro entre o profissional e o usuário. Quando o profissional de saúde se encontra disponível para acolher, escutar e aproveitar a oportuniWdade que lhe é dada, olhar para além da queixa principal e identificar no outro, o usuário-sujeito, é possível identificar as suas necessidades de saúde, suas demandas e sua história. No ato do encontro é possível articular práticas e conceitos de prevenção, promoção da saúde e tratamento, de forma a materializar o cuidado, mais bem definido como o cuidado integral. Tal sentido pode ser identificado como um valor (Mattos, 2009) que merece ser defendido em todas as relações e práticas de saúde, incluindo as realizadas por meio da telessaúde.

O quadro abaixo (Quadro 1) apresenta possibilidades de aplicações da telessaúde adotadas na APS no Brasil e uma breve caracterização das práticas e sua relação com os sentidos da integralidade. Cabe destacar que, por serem práticas de crescimento exponencial recente e pela pluralidade dos conceitos adotados nacionalmente e internacionalmente, há dificuldades de analisar em profundidade a extensão de tais práticas e a quais grupos foram destinadas (Catapan

et al., 2024). Desta forma, o quadro descreve uma das possibilidades construídas para definição das nomenclaturas das práticas associadas à telessaúde, a sua aplicabilidade e relação ao sentido da integralidade.

Quadro 1 – Práticas de telessaúde e os sentidos da integralidade

Integralidade na Perspectiva do Cuidado				
Práticas de Telessaúde na APS	**Definição**	**Sujeitos**	**Aplicabilidade**	**Objetivo**
Teleconsulta	Realização de consulta de forma virtual por meio de plataforma de vídeo.	Entre profissionais de saúde e usuários do SUS.	Teleconsultas com especialistas. Teleconsultas com equipe da APS; Teleconsultas para investigação epidemiológica. Teleconsulta com equipe da atenção hospitalar e o paciente no domicílio.	Ampliar o acesso aos profissionais especialistas em áreas geográficas distantes e/ou em situação de orientação por restrição de circulação de pessoas às unidades. Facilitar o acompanhamento por profissionais da APS a pacientes em diferentes ciclos de vida. Auxiliar o processo de alta do paciente e a desospitalização de forma responsável.
Telemonitoramento	Acompanhamento dos pacientes por meio de dispositivos móveis e/ou vestíveis associados a outras ferramentas de TIC.	Profissionais de saúde, cuidadores domiciliares, Agentes Comunitários de Saúde e usuários do SUS.	Monitoramento dos pacientes com condições agudas e/ou agravos crônicos. Implementação de linhas de cuidado; Monitoramento de pacientes acamados.	Proporcionar aos profissionais de saúde da APS, formas de acompanhar as condições de saúde dos pacientes à distância e prevenir agravos e complicações com intervenções em tempo oportuno.

Integralidade na Perspectiva do Cuidado				
Práticas de Telessaúde na APS	**Definição**	**Sujeitos**	**Aplicabilidade**	**Objetivo**
Teletriagem	Avaliação prévia do paciente por meio de TIC para o direcionamento a outro serviço e/ou atendimento de saúde.	Entre profissionais de saúde e usuários do SUS.	Pronto atendimento virtual com enfermeiros para atender a demanda aguda dos pacientes e encaminhar para o serviço de teleconsultas médicas, atendimento presencial na unidade de APS, no serviço de urgência ou Atendimento pré-hospitalar Móvel, conforme a necessidade do paciente.	Ampliar o acesso dos usuários do SUS ao serviço de saúde; Proporcionar o atendimento adequado ao usuário do SUS no tempo oportuno. Auxiliar na organização do fluxo dos usuários do SUS de acordo com as suas necessidades às unidades de saúde. Orientar os usuários sobre as melhores estratégias de cuidado.
Telediagnóstico	Identificação de doenças e/ou agravos a distância por meio de TIC.	Entre profissionais de saúde e usuários do SUS.	Avaliação de exames de imagem à distância. Avaliação dermatológica a distância. Avaliação oftalmológica à distância.	Ampliar o acesso do paciente ao diagnóstico em tempo oportuno; Potencializar a resolubilidade das práticas de saúde da APS.
Teleorientações	Serviço de educação e saúde por meio de TIC.	Entre profissionais de saúde e usuários do SUS. Pode ser realizada individual ou na forma de grupos.	Serviços de tele orientações a grupos específicos Ex.: gestantes, orientações a aleitamento materno... Tele-educação para orientar os pacientes sobre doenças agravos, autocuidado, dentre outros.	Ampliar o acesso dos usuários do SUS a informações de saúde, de forma a ampliar o seu conhecimento e a sua capacidade de desenvolver novas estratégias de cuidado.

Integralidade na Perspectiva do Cuidado				
Práticas de Telessaúde na APS	**Definição**	**Sujeitos**	**Aplicabilidade**	**Objetivo**
Teleinterconsulta	Consulta realizada entre profissionais de saúde de diferente especialidade por meio de TIC, com ou sem a presença do usuário do SUS.	Entre profissionais de saúde e/ou usuários do SUS	Tele interconsulta entre profissionais da APS e equipe eMulti. Teleinterconsulta entre profissionais da Atenção Hospitalar e APS para uma desospitalização do usuário do SUS de forma responsável.	Potencializar a resolubilidade das práticas de saúde da APS; Auxiliar no processo de matriciamento das equipes da APS.

Integralidade Na Perspectiva Da Gestão				
Práticas de Telessaúde na APS	**Definição**	**Sujeitos**	**Aplicabilidade**	**Objetivo**
Telerregulação	Ações de regulação do acesso à assistência, por meio de TIC.	Entre profissionais de saúde SUS.	Teleinterconsultas entre profissionais de saúde reguladores e médicos da APS, por plataformas de vídeo ou via telefone.	Auxiliar os médicos da APS na compreensão dos protocolos de acesso e nos critérios de encaminhamento junto a história clínica dos pacientes. Auxiliar na implementação dos arranjos organizativos da RAS. Auxiliar no processo de coordenação do cuidado pela APS. Facilitar a transição de cuidados entre as unidades de saúde da RAS.

Integralidade Na Perspectiva Da Gestão				
Práticas de Telessaúde na APS	Definição	Sujeitos	Aplicabilidade	Objetivo
Tele-educação	Aulas, cursos e conteúdos disponibilizados por meio de plataformas digitais de forma síncrona ou assíncrona, sobre diversos temas de saúde.	Universidades polos de telessaúde e profissionais SUS.	Capacitações ofertadas à equipe da APS no formato de educação continuada, cursos de atualização e cursos de pós-graduação.	Contribuir para o processo de educação permanente em saúde e educação continuada para a melhoria do processo de trabalho das equipes.
Arcabouço Normativo				
CFP (2024); Brasil (2023); CFN (2023); Brasil (2022a, 2022b); CFM (2022); COFEN (2022).				

Fonte: Elaboração própria baseado em: Bender *et al.* (2024); Catapan *et al.* (2024); Lisboa *et al.* (2023); Lima; Siqueira; Netto (2022); Teixeira Netto *et al.* (2022); Caetano *et al.* (2020); Katz *et al.* (2020); Paloski *et al.* (2020); Coutinho *et al.* (2019); Nilson *et al.* (2018); Piropo e Amaral (2015).

Em relação à implantação de telessaúde na APS, cabem algumas proposições. A telessaúde possui potencial para colaborar com a qualidade de cuidado na APS, incluindo a efetivação do princípio da integralidade no SUS, desde que sejam desenvolvidas de forma processual, complementar às práticas de saúde da APS e integradas à RAS. A integralidade é expressa de forma mais abrangente no direito à saúde. É direito do usuário do SUS ter um tratamento

adequado e resolutivo de forma humanizada, acolhedora e livre de qualquer discriminação (Brasil, 2009).

Outro ponto que merece ser destacado é a necessidade de considerar as características do território e da população a ser atendida, assim como a estrutura das unidades, número de profissionais adequados, divisão de horários para práticas de teleconsultas e consultas presenciais, espaços preparados para teleconsultas e interconsultas, incluindo possibilidades do paciente realizar a teleconsulta na própria unidade de saúde, literacia digital para os profissionais e usuários do SUS (Catapan *et al.*, 2024).

Por fim, reconhece a grande expectativa e o potencial para que as práticas de telessaúde possam contribuir para a ampliação do acesso e uso do sistema de saúde. Porém há riscos para a qualidade do cuidado e reforço das desigualdades de acesso. Importante destacar que a telessaúde trata-se de um meio de realizar práticas de saúde e que sozinha não será capaz de solucionar problemas complexos do SUS, tais como a ampliação do acesso a especialistas, redução de vazios sanitários e inclusão de populações vulnerabilizadas (Fiocruz; CNS, 2018).

Considerações finais

Buscou-se discutir aplicações da telessaúde na APS e sua contribuição para a implementação de dimensões de integralidade no SUS. Foi possível estabelecer relações entre práticas de telessaúde e a integralidade na APS, principalmente nos aspectos relativos à sua utilização para a regulação da assistência à saúde proporcionando um cuida-

do oportuno; a coordenação do cuidado; a qualificação dos profissionais; o suporte ao diagnóstico; e o estabelecimento de uma abordagem integral com a oportunidade de realização, por parte do profissional de saúde, de uma escuta ativa e qualificada.

Dentre as principais práticas de telessaúde identificadas destacam-se a teleconsulta, telemonitoramento, teletriagem, tele-educação, teleinterconsulta, teleorientações, telediagnóstico e telerregulação.

Em relação à integralidade, foram definidos três conjuntos de sentidos/dimensões identificados nas seguintes perspectivas: política, gestão e cuidado. O sentido da integralidade como cuidado está presente nas práticas de teleconsulta, teleinterconsulta, teletriagem, telemonitoramento, teleorientações e telediagnóstico. O sentido da integralidade como gestão está presente nas práticas de telerregulação e tele-educação. No Programa SUS Digital, foi possível identificar o sentido de integralidade de forma mais ampla, como estruturador de uma política de saúde.

Importante destacar que a simples utilização de TICs na oferta de ações de saúde, sem modificações de carências estruturais do SUS, tais como problemas com subfinanciamento, déficit de recursos humanos, estrutura física das unidades de saúde inadequada, baixa cobertura de ações e serviços de APS, dentre outros, não configuram práticas de cuidado e não favorecem a implementação da integralidade.

Por fim, apesar dos desafios, obstáculos e riscos, cabe ressaltar que a telessaúde parece ser uma estratégia promissora para o fortalecimento da APS, desde que seja planejada e articulada às ações existentes, às necessidades de saúde dos

usuários, preocupada com a qualidade do cuidado prestado e, sobretudo, pautada nos princípios do SUS.

Agradecimentos

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, bolsa de produtividade 305934/2022-8.

Referências

BENDER, J. D.; FACCHINI, L. A.; LAPÃO, L. M. V.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. O uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde na atenção primária à saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, e19882022, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024291.19882022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/RMGFtwjzx55kFM4fNNZtgCy/?format=html&lang=pt. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.232, de 10 de março de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 52, 4 mar. 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3232_04_03_2024.html. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 635/2023. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, p. 11, 22 maio 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS no 1.348, de 2 de junho de 2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 76, 2 jun. 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html. Acesso em 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 131, 13 ago. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 4.160 de 07 de junho de 2024. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 118–144, 6 dez. 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4160_12_06_2024.html. Acesso em: 19 nov 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei no 14.510/2022. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 1, 27 dez. 2022b. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-14.510-de-27-de-dezembro-de-2022-454029572. Acesso em: 19 nov. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. seção 1, p. 32, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020–2028**. Brasília: Ministério da saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. Acesso em: 22 abr. 2025.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e00088920, jun. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00088920. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/?format=html&lang=pt. Acesso em: 22 abr 2025.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 35–44. Disponível

em: https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604. Acesso em: 19 nov. 2024.

CAMPOS, G. W. de S. Prefácio. *In*: MAGALHÃES, M. H. de M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2018. p. 15-17.

CATAPAN, S. de C. *et al.* Teleassistência no Sistema Único de Saúde brasileiro: onde estamos e para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, e03302024, jul. 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242970330 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/WHgTDFZpBZCLk9kNrMdStbH/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

CATAPAN, S. de C.; CALVO, M. C. M. Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, e002, 2020. DOI: 10.1590/1981-5271v44.1-20190224. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/kgh8jpmcFWnTCxfFv6P9RTj/abstract/?lang=pt. Acesso em: 19 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.314/2022. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 227, 5 maio 2022. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852. Acesso em:19 nov. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). Resolução CFN nº 760, de 22 de outubro de 2023. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 205, 24 out. 2023. Disponível em: https://cfn.org.br/cfn-publica-resolucao-que-regulamenta-a-telenutricao/. Acesso em: 22 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 9, de 18 de julho de 2024. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 167, 30 jul. 2024. Disponível em: https://crpms.org.br/resolucao-cfp-no-09-2024-regula-o-uso-de-tecnologias-digitais-na-psicologia-e-revoga-a-necessidade-de-cadastro-no-e-psi/. Acesso em: 22 abr. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 696/2022. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 308, 23 maio 2022. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022/. Acesso em: 24 nov. 2025.

COUTINHO, M. L.; TAKESHITA, C. L.; FERREIRA, E. G.; COELHO, V. O telessaúde como estratégia de educação permanente em saúde dos trabalhadores do SUS. **Rev. baiana saúde pública**, Bahia, v. 43, n. 1, p. 301–309, 2019. DOI: 10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a2764. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2764. Acesso em: 24 nov. 2025.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* **Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023.

FIOCRUZ; CNS. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 434–451, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201813O. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c4Fq57bsv89SfNbHQ4ZKVkF/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

FORNAZIN, M.; RACHID, R. R.; COELHO NETO, G. C. A saúde digital nos últimos quatro anos e os desafios para o novo governo. **RECIIS**, v. 16, n. 4, p. 753–758. 2022. DOI: 10.29397/reciis.v16i4.3515. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3515. Acesso em: 24 nov. 2025.

FREIRE, M. P. *et al.* Telemedicina no acesso à saúde durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. Supl.1, p. 4, maio 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004748. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/2023.v57suppl1/4s/pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, e00029818, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00029818. Disponível em: https://www.scielo.br/j/

csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

HARZHEIM, E. *et al.* Telessaúde como eixo organizacional dos sistemas universais de saúde do século XXI. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1881, 23 fev. 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1881. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1881. Acesso em: 24 nov. 2025.

KATZ, N. *et al.* Access and regulation of specialized care in Rio Grande do Sul: the RegulaSUS strategy of TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1389–1400, mar. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.28942019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YNYc4k7g438VF7YqXcr8vyn/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

LIMA, I. S.; SIQUEIRA, I. M. S. da; NETTO, J. T. O trabalho de residentes durante a pandemia do COVID-19: relato de caso de promoção de saúde com a telessaúde em Manguinhos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 6, p. 22016–22021, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n6-096. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/54547. Acesso em: 24 de nov. 2025.

LISBOA, K. O. *et al.* A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, e210170pt, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902022210170pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/htDNpswTKXwVr667LV9V5cP/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

MATTOS, R. A. D. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, out. 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009. p. 43-68. Disponível em: https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604. Acesso em: 24 nov. 2025.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Atenção primária à saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 29-47. DOI: 10.1590/0103-11042018S131. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YrGTVjjgJChHTcm8wzMsRLG/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

NILSON, L. *et al.* Telessaúde: da implantação ao entendimento como tecnologia social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 5, p. 33, 3 set. 2018. DOI: 10.14210/rbts.v5n1.p33-47. Disponível em: https://periodicos.univali.br/index.php/rbts/article/view/13400. Acesso em: 24 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **OCDE Reviews of Health System**, 15 dez. 2021. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/estudo-da-ocde-da-atencao-primaria-a-saude-no-brasil_9bf007f4-pt. Acesso em: 10 out. 2024.

PALOSKI, G. do R. *et al.* Contribuição do telessaúde para o enfrentamento da Covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, e202200287, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0287. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/bvYwTYJg5yBxJSG9TzKDKLL/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. D. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8a. Rio de Janeiro:

UERJ, IMS, ABRASCO, 2009. Disponível em: https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604. Acesso em: 24 nov. 2025.

PIROPO, T. G. do N.; AMARAL, H. O. S. do. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde em Debate**, Rio de janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-287, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040413. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/S5Ct5XWbSfTMjw3k9V8DnYr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. de. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000300019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/TjbqMNQwwtwL8ZgvYtGMmYM/?format=html&lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805. Acesso em: 26 fev. 2025.

TEIXEIRA NETTO, J. *et al.* Tecnologia digital para o enfrentamento da Covid-19: um estudo de caso na atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 56–67, 24 jun. 2022. DOI: 10.1590/0103-11042021E204. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PMQBkSmxTnpZkGwx69fHtLh/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 nov. 2025.

World Health Organization (WHO). **Recommendations on digital interventions for health system strengthening.** WHO guideline. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505. Acesso em: 24 nov. 2025.

SOBRE OS AUTORES

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz (Bolsista Capes). Assistente Social. Pesquisadora colaboradora no Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos (GEPCP) do Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS) da Ensp, Fiocruz. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-8889-8585. E-mail: apmbsantos@gmail.com.

Ângela Casanova - Doutora em Saúde Pública. Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser). Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. ORCID: 0000-0002-7888-9490. E-mail: angela.casanova@fiocruz.br.

Ariádina Heringer Figueredo - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz (Bolsista Capes). Rio de Janeiro – RJ, Brasil. ORCID: 0009-0009-0189-9429. E-mail: ariadinaheringer@gmail.com.

Carolina Cardoso Tricarico - Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Especialista em Oncologia pela Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Assistente Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0009-0005-0833-5926. E-mail: carolina_tricarico@hotmail.com.

Carolina Simone Souza Adania - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional

de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Mestra em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0001-6621-0180. E-mail: carol.adania@gmail.com.

Débora da Silva Albani Martins - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Fisioterapeuta e sanitarista. Colaboradora da Equipe do Projeto da Pesquisa 20 anos de Política Nacional de Atenção às Urgências: qualificação da gestão e monitoramento digital do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Daps/Ensp/Fiocruz). Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0009-0008-0324-8315. E-mail: dealbani@gmail.com.

Ernani Costa Mendes - Doutor em Ciências da Saúde pela Ensp/Fiocruz. Fisioterapeuta no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Pesquisador colaborador no Departamento de Direitos Humanos e Saúde (DIHS/Ensp/Fiocruz). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos (GEPCP/DIHS/Ensp/Fiocruz). Coordenador do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária (Fiocruz). Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0003-2489-6107. E-mail: ernanicmendes@gmail.com.

Gisele O'Dwyer - Médica, vinculada ao grupo de pesquisa de Políticas Públicas e de Proteção Social do Departamento de

Administração e Planejamento em Saúde (Daps) e ao grupo de Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Primária (CSEGSF). Professora do Programa de Saúde Pública da pós-graduação da Ensp, na área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0003-0222-1205. E-mail: gisele.odwyer@fiocruz.br.

Gustavo Corrêa Matta - Doutor em Saúde Coletiva - UERJ. Pesquisador e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Brasil. ORCID: 0000-0002-5422-2798. E-mail: gustavo.matta@fiocruz.br.

Joaquim Teixeira Netto - Pós-Doutor em Saúde Digital pela Universidade Nova de Lisboa. Pesquisador e coordenador adjunto da disciplina Estudos de Integralidade/ Tópicos especiais da Atenção Básica. Professor convidado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-7392-9166. E-mail: joaquim.netto@fiocruz.br.

Helga Rocha Pitta Portella Figueiredo - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Mestre em Ensino na Saúde - UFF. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0003-2899-1988. E-mail: helga.figueiredo@aluno.fiocruz.br.

Kathie Njaine - Doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Pesquisadora titular do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp, Fiocruz. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0003-3250-2331. E-mail: kathie@ensp.fiocruz.br.

Mariana Vercesi de Albuquerque - Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-0763-6357. E-mail: mariana.albuquerque@fiocruz.br.

Mônica Martins, PhD - Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-9962-0618. E-mail: martins.monica@fiocruz.br.

Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues - Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dentista. Pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Ensp/Fiocruz. Professora Associada de Epidemiologia e Bioestatística do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) da

UERJ. Membro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Ensp/Fiocruz e do Programa em Saúde Coletiva (IMS/UERJ). ORCID: 0000-0002-2613-5283.

Pollyanna de Oliveira Silva - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Sanitarista. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. ORCID: 0000-0003-1249-6982. E-mail: oliveira.pollyanna@hotmail.com.

Rick Valério do Nascimento Silva - Mestrando em Saúde Pública. Especialista em Psicanálise Clínica e Cultura. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. ORCID: 0000-0001-9090-4668. E-mail: rickpsic1984@yahoo.com.br.

Sônia Aquilino Castilho - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Ensp/Fiocruz. Enfermeira sanitarista. Mestre em Atenção Primária à Saúde (UFRJ). Especialista em Sistema de Informação, Monitoramento e Análise em Saúde Pública (ICICT/Fiocruz). Especialista em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Especialista em Gestão em Saúde (Fundação João Goulart/ Universidade Cândido Mendes). Servidora pública da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-4770-7850. E-mail: soniacastilhomar@gmail.com.

Valeria Teresa Saraiva Lino - Doutora e mestre em saúde pública (Ensp/Fiocruz). Médica geriatra; pesquisadora (Ensp/Fiocruz). Coordenadora do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos com Ênfase na Atenção Primária (Ensp/Fiocruz). Vice-líder do Grupo de Pesquisa Promoção

da Saúde e Cuidado na Atenção Primária (CNPq). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Paliativos (CNPq). Rio de Janeiro–RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-3087-5778. E-mail: valeriaslino@gmail.com.

ISBN: 978-65-86839-51-7



ENSP FIOCRUZ SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO DO BRASIL DO LADO DO POVO BRASILEIRO