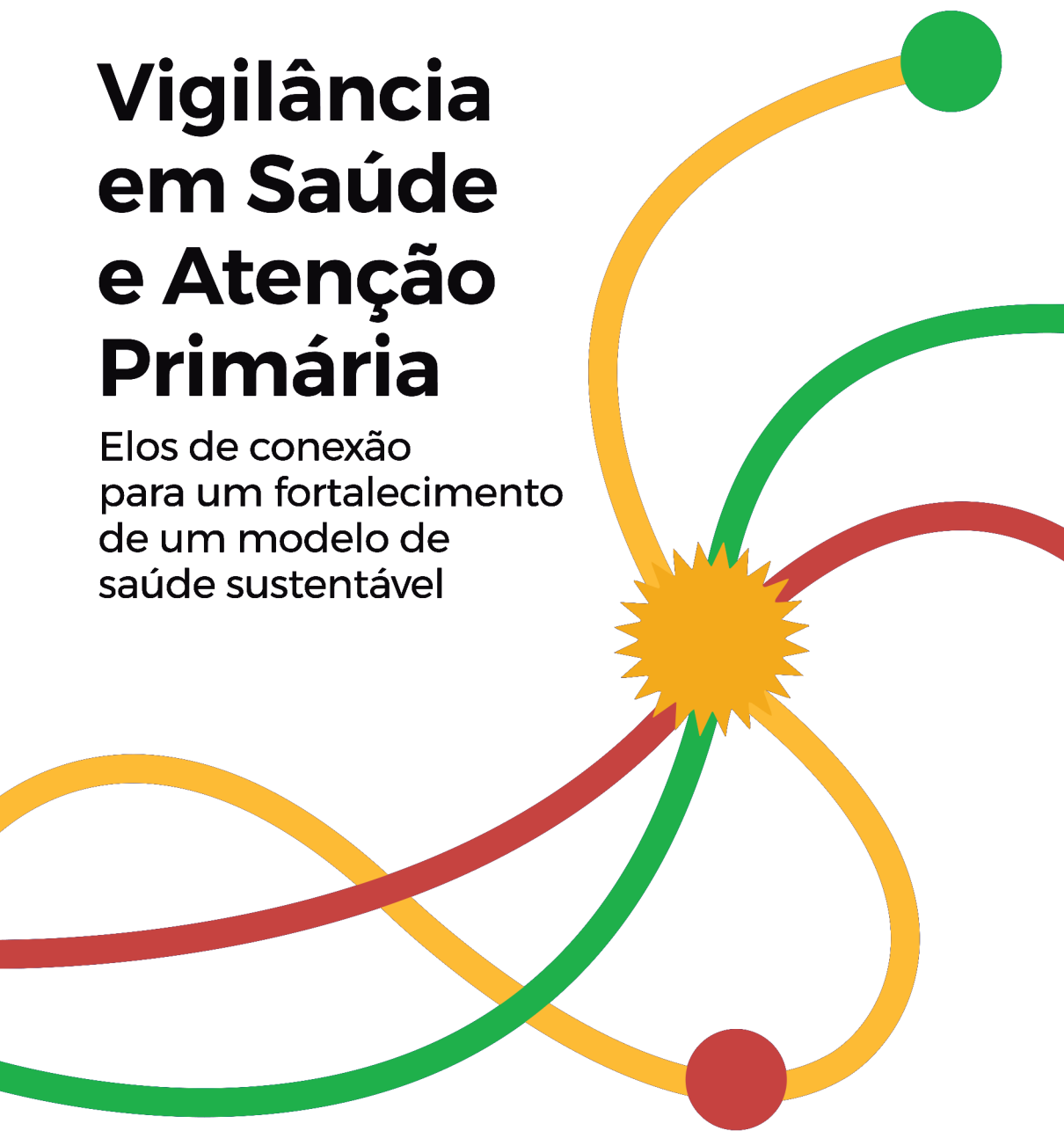


Vigilância em Saúde e Atenção Primária

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

Vigilância em Saúde e Atenção Primária

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Raquel Teixeira Lyra Lucena

VICE-GOVERNADORA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Priscila Krause Branco

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Zilda do Rego Cavalcanti

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA
Renan Carlos Freitas da Silva

DIRETOR GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA
Antonio Flaudiano Bem Leite

DIRETOR GERAL DE INFORMAÇÕES E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
José Lancart de Lima

DIRETOR GERAL DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL
Eduardo Augusto Duque Bezerra

DIRETORA GERAL DE LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO (LACEN-PE)
Keilla Maria Paze Silva

DIRETORA GERAL DA AGÊNCIA PERNAMBUCANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (APEVISA)
Karla Freire Baêta

DIRETORA GERAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
Rafaela Niels da Silva

DIRETORA GERAL DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS
Alexiana Priscila

DIRETOR GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE PRISIONAL
Jonatan Barros Willian Sobral Barros da Silva

GERENTE DA I REGIONAL DE SAÚDE
Maria de Fátima Pinto Ribeiro

GERENTE DA II REGIONAL DE SAÚDE
Isabel Helena de Souza Leal Costa

GERENTE DA III REGIONAL DE SAÚDE
Joyce Catarina Lopes de Moraes

GERENTE DA IV REGIONAL DE SAÚDE
Maria Claudia Ribeiro Agra

GERENTE DA V REGIONAL DE SAÚDE
Izeni Teixeira Pimentel

GERENTE DA VI REGIONAL DE SAÚDE
Dayvison Herbety Araújo Amaral

GERENTE DA VII REGIONAL DE SAÚDE
Maria Auxiliadora de Sá Magalhães Santos

GERENTE DA VIII REGIONAL DE SAÚDE
Ana Célia de Almeida Carvalho

GERENTE DA IX REGIONAL DE SAÚDE
Fernando Antônio Parente de Melo

GERENTE DA X REGIONAL DE SAÚDE
Mary Dalanea Souza Pinheiro dos Santos

GERENTE DA XI REGIONAL DE SAÚDE
Karla Millene Souza Lima Cantarelli

GERENTE DA XII REGIONAL DE SAÚDE
Camila de Sena Guerra Bulhões

COLABORAÇÃO

Carina Lucena Mendes-Marques
Celivane Cavalcanti Barbosa
Cintia Michele Gondim de Brito
Daniel Silva de Oliveira
Daniella Oliveira Albuquerque Lins
Erik Tavares Gonçalves
Jéssica de Andrade Gomes Silva
José Humberto de Lima Melo
Letícia Moreira Silva
Maria Júlia de Souza Nascimento.
Rafaela de Andrade Silva Cavalcanti
Rodrigo Cardoso dos Santos

2025 – Secretaria Estadual de Saúde/PE

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

SÉRIE A. COLETÂNEAS

Publicação eletrônica

ORGANIZADORES

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

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO DE INFORMAÇÕES

Secretaria Estadual de Saúde/PE

CAPA

André Felipe da Silva

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Juliana Ramos de Andrade

PROJETO GRÁFICO

Henrique Conceição

ENDEREÇO

Rua Doná Maria Augusta Nogueira, 519,
Bongi, 50.751-530, Recife-PE

E-MAIL

www.saude.pe.gov.br,
sevsapsespe@gmail.com

Digital no Brasil/Printed in Brazil

Os quadros, as figuras e as tabelas constantes na obra, quando não indicados por fontes externas, são de autoria dos próprios colaboradores.

P452 Pernambuco. *Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde*
Vigilância em saúde e atenção primária: elos de conexão para um fortalecimento de
um modelo de saúde sustentável/ Erlene Roberta Ribeiro dos Santos ; Renan Carlos Freitas
da Silva ; Antônio Flaudiano Bem Leite [orgs.]. – Recife : Advances in Science, 2025.
420 p. : il.

ISBN 978-65-85710-17-6

ISBN 978-65-85710-18-3 (livro digital)

1. Saúde Sustentável. 2. Saúde – atenção primária. 3. Vigilância em saúde. I. Título.

CDU 613.9-055

CDD 613

Emmely Cristiny Lopes Silva

CRB - 4/1876

APRESENTAÇÃO



A obra **Vigilância em Saúde e Atenção Primária — Elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável** nasce como uma iniciativa estratégica da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária, reunindo experiências, análises e reflexões de caráter técnico-científico que traduzem o compromisso do Estado com a produção de conhecimento e com o aperfeiçoamento contínuo da gestão pública em saúde.

Este livro materializa o esforço de uma rede de profissionais, gestores e pesquisadores que, em todas as regiões de saúde de Pernambuco, produzem e aplicam evidências científicas no cotidiano dos serviços, fortalecendo o elo entre a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária e as Políticas Estratégicas e Transversais. Essa integração constitui o alicerce de um modelo de atenção mais equitativo, sustentável e baseado em dados, que orienta o planejamento, a tomada de decisão e a prática diária na gestão do SUS.

Organizado em capítulos temáticos, o conteúdo abrange desde a vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária, genômica e do trabalhador até a promoção da saúde, a atenção às populações vulneráveis e a inovação em educação permanente e gestão da qualidade. Cada texto reflete uma produção técnico-científica comprometida com a realidade dos territórios pernambucanos, transformando o conhecimento em instrumento de gestão e qualificação das políticas públicas.

Mais do que uma coletânea de experiências, esta obra representa um espaço de integração entre ciência, gestão e prática, consolidando o papel de Pernambuco como referência na incorporação de evidências e inovação no campo da saúde pública. Ao valorizar o trabalho em rede e o uso do conhecimento científico como ferramenta de decisão, reafirma-se o propósito de construir um modelo de saúde sustentável, inclusivo e orientado por resultados.

Assim, Vigilância em Saúde e Atenção Primária expressa o compromisso permanente do Estado de Pernambuco com a produção de conhecimento científico aplicado, com a melhoria contínua da gestão pública em saúde e com a qualificação das práticas profissionais que asseguram à população um cuidado integral, humano e de qualidade.

Zilda do Rego Cavalcanti

PREFÁCIO



O livro **Vigilância em Saúde e Atenção Primária — Elos de conexão para um fortalecimento de um modelo de saúde sustentável** representa um marco na consolidação de uma gestão pública da saúde baseada em evidências, ciência e prática integrada. Surge como resultado do amadurecimento técnico e institucional do Estado de Pernambuco no enfrentamento dos desafios sanitários contemporâneos, reafirmando o compromisso com a construção de um modelo de atenção sustentado na interdependência entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária.

Num cenário em que a complexidade dos problemas de saúde pública exige respostas rápidas, articuladas e fundamentadas em dados confiáveis, esta obra oferece um panorama abrangente e analítico das ações que vêm sendo desenvolvidas no território pernambucano. Ela reúne artigos, estudos e relatos que evidenciam a transformação do conhecimento técnico em instrumento de gestão e decisão, destacando a importância da ciência aplicada ao cotidiano dos serviços de saúde.

Os capítulos refletem a robustez de uma produção técnico-científica construída por profissionais e gestores comprometidos com a qualificação das políticas públicas, revelando o papel estratégico da integração entre vigilância, atenção e gestão na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado. Textos que aliam rigor metodológico e sensibilidade prática, demonstrando que a inovação em saúde não se dá apenas no campo tecnológico, mas sobretudo

na capacidade de reorganizar processos, redes e relações entre os sujeitos que constroem o cuidado.

Ao propor uma leitura crítica e propositiva sobre as práticas de vigilância, atenção primária e políticas transversais, o livro reafirma o protagonismo de Pernambuco na construção de um modelo de gestão em saúde pública orientado pela ciência e pela equidade. Ele convida gestores, pesquisadores e trabalhadores do SUS a refletirem sobre o valor do conhecimento como ferramenta de transformação e sobre o papel da gestão pública na indução de práticas sustentáveis, inovadoras e socialmente comprometidas.

Assim, esta obra não apenas documenta o presente, mas projeta o futuro da saúde pública pernambucana, futuro guiado pela integração, pela inteligência sanitária e pela governança científica. Trata-se de uma contribuição essencial para o fortalecimento das redes de atenção e vigilância, e um convite à continuidade da produção de evidências que sustentem um SUS cada vez mais resolutivo, inclusivo e sustentável.

Renan Carlos Freitas da Silva



SUMÁRIO

SEÇÃO 01: VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE PERINATAL POR CRITÉRIO DE EVITABILIDADE 23

*Flávia Gomes Temoteo Paes
Luciana Alves Lima de Melo Frutuoso
Cândida Pereira de Barros
Nicole Viana Leal
Celivane Cavalcanti Barbosa*

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, COM ÊNFASE NAS VARIÁVEIS DE NOTIFICAÇÃO DE MORTE MATERNA, EM PERNAMBUCO 35

*Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix
Henry Johnson Passos de Oliveira
Victor Manoel Pereira da Silva
Louisiana Regadas de Macedo Quinino*

VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EVENTOS DE MASSA: EXPERIÊNCIA PRÁTICA NA PREVENÇÃO DE RISCOS À SAÚDE PÚBLICA 53

*José Claudio Bezerra Júnior
Rosângela Maria Silva Rodrigues
Luciana Cristiane Santos Mandú
Dayvison Herbety Araújo Amaral
Airton Bezerra de Almeida*

ABORDAGENS INTEGRADAS PARA O FORTALECIMENTO DAS VIGILÂNCIAS DA QUALIDADE DA ÁGUA E DETECÇÃO DE SURTOS POR DTHA 61

*Alita Ruth Ferraz de Lucena
Eliane Oliveira da Silva
Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa
Laís Ferrari dos Santos
Ana Célia de Almeida Carvalho*

DENGUE NA I REGIONAL DE SAÚDE
DE PERNAMBUCO: PADRÃO ESPACIAL E
IMPLICAÇÕES PARA VIGILÂNCIA
EM SAÚDE (2012–2021) 69

Letícia Moreira Silva
Thobias Cavalcanti Laurindo Pereira
Ana Cristina Pedrosa do Monte
Erika Patrícia Santos Silva
Maria de Fátima Pinto Ribeiro

UMA DÉCADA DE VIGILÂNCIA DA SÍNDROME
CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO
VÍRUS ZIKA (SCZ) EM PERNAMBUCO (2015–2025) 81

Bárbara Cristina Alves da Silva
Bárbara Morgana da Silva

GESTÃO DA QUALIDADE COMO INSTRUMENTO
ESTRATÉGICO PARA A MELHORIA DOS
PROCESSOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA
EM PERNAMBUCO 89

Rafaella de Andrade Silva Cavalcanti
Rafael Mota Mendonça
Romildo Siqueira de Assunção
Marcelle Luana Carneiro Lemos
Karla Freire Baeta

NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS E
QUEIXAS TÉCNICAS DOS PRODUTOS
SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA
EM PERNAMBUCO 95

Manoel Marcelino de Lima Filho
Ailton César dos Santos Vieira
Glaucy Beatriz Rodrigues Cavalcante
Luanna Kattaryna Penha de Araújo
Karla Freire Baeta

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES -
AÇÃO INTERSETORIAL DE QUALIDADE DE
VIDA NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SES-PE 111

Virgínia Maria Holanda de Moura
Andréa Franklin
Ignes Araújo
Graciete Polimeni
Karina Catanho

SALA DE SITUAÇÃO: ESTRATÉGIA INOVADORA
DA VIGILÂNCIA LABORATORIAL PARA O
MONITORAMENTO DE AGRAVOS

117

Jéssica de Andrade Gomes Silva
Manuela Correia de Oliveira
Fabiola Maria Ramos da Silva
José Humberto de Lima Melo
Keilla Maria Paz e Silva

AVALIAÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES
NA FASE PRÉ-ANALÍTICA DO LABORATÓRIO
CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

125

Jéssica de Andrade Gomes Silva
Fabiola Maria Ramos da Silva
Wyllamy Silva Texeira
José Humberto de Lima Melo
Keilla Maria Paz e Silva

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS PESSOAS
COM DOENÇA FALCIFORME POR
MACRORREGIÃO EM PERNAMBUCO

133

Ana Carolina Freire Lopes
Gerusa Guerra Victor Silva
Monica Rita da Silva Simplicio
Vilma Cristina Aleixo da Silva

SEÇÃO 02: ATENÇÃO PRIMÁRIA E
POLÍTICAS TRANSVERSAIS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ESTRATIFICADO
DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO ESTADO
DE PERNAMBUCO

139

Alisson Luiz Ribeiro de Oliveira
Elaine Lima Silva Wanderley
Marcela Antonielly Gomes de Andrade
Allison Kleiton dos Anjos
Juno Pedro Albuquerque Almeida

IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA VIII REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM E TRANSFORMAÇÃO	153
---	-----

Eliane Oliveira da Silva
Laís Ferrari dos Santos
Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa
Alita Ruth Ferraz de Lucena
Ana Célia de Almeida Carvalho

CONEXÃO PICS: SÉRIE DE TRANSMISSÕES VIRTUAIS PARA O DIÁLOGO COM A ÁREA TÉCNICA	163
---	-----

Virgínia Maria Holanda de Moura
Emanuelly Correia de Lemos
Thalia Ariadne Peña Aragão
Arnaldo Cesar Boa Viagem
Cristovão Barros Rodrigues dos Santos

IMPACTOS NA INSERÇÃO DE CAMPO AUTODECLARÁVEL DE PERTENCIMENTO A POVOS TRADICIONAIS (CIGANOS) NOS PRONTUÁRIOS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	169
--	-----

Leonardo de Barros Lopes

MASCULINIDADES EM TERRITÓRIO QUILOMBOLA: UMA ESCUTA SENSÍVEL SOBRE PATERNIDADE E SAÚDE NO SERTÃO E AGRESTE DE PERNAMBUCO	183
--	-----

Alisson Kleiton dos Anjos
Ana Carolina Freire Lopes

REDE DE CUIDADO DA DOENÇA FALCIFORME NA VI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	197
---	-----

Letícia Rodrigues dos Santos
Raquel Neposiano da Silva
Girleene Conceição de Siqueira
Dayvison Herbety Araújo Amaral

DEZ ANOS DA POLÍTICA ESTADUAL DE
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE LGBT EM
PERNAMBUCO: AVANÇOS, DESAFIOS E
ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS NO CUIDADO 205

Alexciane Priscila da Silva
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Sheila Calixto Silva de Albuquerque
Danilo Martins Roque Pereira
Robson Cruz Ramos da Silva

VISITAS TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO DE
AMBULATÓRIOS DE SAÚDE LGBT DE PERNAMBUCO 215

Alexciane Priscila da Silva
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Larissa Keyla Ferreira Canel
Danilo Martins Roque Pereira
Anderson Damião Ramos da Silva
Robson Cruz Ramos da Silva

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS
MUNICÍPIOS DE PE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES 223

Vilma Maria Pereira Ramos
Louriene de Oliveira Antunes
Marília Maria de Lucena Macedo
Elaine Cristina Bernardo Lopes
Ranyele Paula da Silva

A IMPORTÂNCIA DO INFORME SITUACIONAL
DOS PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO NA APS: INSTRUMENTOS DE
APOIO À GESTÃO MUNICIPAL 231

Vilma Maria Pereira Ramos
Louriene De Oliveira Antunes
Marília Maria de Lucena Macedo
Elaine Cristina Bernardo Lopes
Raquel Leopoldino da Silva

TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA APS DE PE	237
---	-----

*Vilma Maria Pereira Ramos
Louriene de Oliveira Antunes
Marília Maria de Lucena Macedo
Elaine Cristina Bernardo Lopes
Ranyele Paula da Silva*

O PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A E SUA OPERACIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO	245
--	-----

*Vilma Maria Pereira Ramos
Louriene de Oliveira Antunes
Marília Maria de Lucena Macedo
Elaine Cristina Bernardo Lopes
Raquel Leopoldino da Silva*

ENTRE O CÁRCERE E O DIREITO À SAÚDE: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM PERNAMBUCO	251
--	-----

*Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Maria Júlia de Souza Nascimento
Maria Eduarda Soares Diniz Antunes
Merielly Mariano Bezerra de Araujo
Anna Beatriz Leite D' Andrada*

DEZ ANOS DA SAÚDE PRISIONAL EM PERNAMBUCO: POLÍTICA PÚBLICA, GESTÃO E COMPROMISSO COM O CUIDADO	269
---	-----

*Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Suelen d'Andrada Cruz
Dayvson Silva dos Santos*

GRUPO DE TRABALHO DE FISCALIZAÇÃO INTEGRADA (ÉTICA E SANITÁRIA) DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL PÚBLICOS E PRIVADOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO	283
--	-----

*Lucas Rafael Borges Santos
Mariana Alves Lemos
Maria Clara Oliveira de Arruda
Laís de Sá Menezes
Karla Freire Baeta*

FLORESCER NA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSOCIAL (RAPS): A TERAPIA FLORAL
DE BACH TRANSFORMANDO PROFISSIONAIS
NA VI REGIÃO DE SAÚDE 293

Dayvison Hebert Araújo do Amaral

Raquel Neposiano da Silva

Ana Cristiane Carvalho Santos, Virgínia Maria Holanda de Moura

Karina Catanho de Oliveira

OFERTA DO TRATAMENTO DO TABAGISMO
NOS MUNICÍPIOS DA I REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO, 2022-2025 299

Manases José Bernardo de Lima

Maria de Fátima Pinto Ribeiro

Leandra Cristina Barbosa Saldanha

Solange da Silva Mendonça

Vinícios Serafim Oliveira

SEÇÃO 03: INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE
E ATENÇÃO PRIMÁRIA

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO
DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE NO
ESTADO DE PERNAMBUCO (CISPE): ESTUDO DE CASO 347

Renan Carlos Freitas da Silva

Antonio Flaudiano Bem Leite

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PROCESSOS ADOTADOS E EXPERIÊNCIAS
CONSTRUÍDAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO 359

Luciana Garcia Figueiroa Ferreira

Rodrigo Cardoso dos Santos

Rafaela Niels da Silva

Iris Edná Pereira da Silva

Renan Carlos Freitas da Silva

GOVERNANÇA COLABORATIVA E CUIDADO:
GRUPO TEA COMO ESTRATÉGIA PARA POLÍTICAS
DE SAÚDE INCLUSIVAS E EFICAZES 371

Valdiza Nunes Aguiar Soares

Juno Pedro Albuquerque Almeida

Tatiana de Paula Santana da Silva

Roberta Gomes Menezes de Lima

GESTÃO PARA EQUIDADE: INDICADORES E CLÁUSULAS CONTRATUAIS PARA POPULAÇÕES EM VULNERABILIDADE NAS PARCERIAS COM OSS	379
--	-----

Erik Tavares Gonçalves
Alexiane Priscilla da Silva
Amanda Maria Antônia da Silva

ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM TEA E DEMAIS NEURODIVERSIDADES EM PERNAMBUCO: IMPLANTAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL	389
--	-----

Valdiza Nunes Aguiar Soares
Juno Pedro Albuquerque Almeida
Cíntia Cibelle da Silva Ramos
Roberta Gomes Menezes de Lima
Tatiana de Paula Santana da Silva

CICLOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PERNAMBUCO: APOIO INTERFEDERATIVO PARA O FORTALECIMENTO DOS TERRITÓRIOS	397
---	-----

Rodrigo Cardoso dos Santos
Luana Gabriellen Maria da Silva
Luciana Garcia Figueiroa Ferreira
Rafaela Niels da Silva
Renan Carlos Freitas da Silva

TESTE DA LINGUINHA COMO TRIAGEM NEONATAL: CAPACITAÇÃO PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS DA VIII REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	405
---	-----

Marcelle Karlyene Coelho Ramiro Costa
Jackeline Alves de Lucena Tabosa
Michelly Bezerra dos Santos Rabelo

A EXECUÇÃO DO CURSO “SAÚDE E BEM VIVER: CUIDADO INTEGRAL PARA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO”	417
---	-----

Cristovão Barros Rodrigues dos Santos
Thalia Ariadne Peña Aragão
Virgínia Maria Holanda de Moura
Dandara Oliveira de Albuquerque

LISTA DE AUTORES	415
------------------	-----



01

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORTALIDADE PERINATAL POR CRITÉRIO DE EVITABILIDADE

Flávia Gomes Temoteo Paes

Luciana Alves Lima de Melo Frutuoso

Cândida Pereira de Barros

Nicole Viana Leal

Celivane Cavalcanti Barbosa

Secretaria Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 1
VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA

INTRODUÇÃO

A MORTALIDADE PERINATAL, que engloba os óbitos fetais a partir da 22^a semana de gestação e os óbitos neonatais precoces até o sexto dia de vida, constitui um dos indicadores mais sensíveis da saúde materno-infantil, pois reflete diretamente a qualidade da assistência prestada ao longo do ciclo gravídico-puerperal^{1,2}. Em geral, são óbitos evitáveis e indicam a qualidade do cuidado no pré-natal, parto e primeiros dias de vida, evidencia fragilidades persistentes na organização dos serviços de saúde, limitações no acesso oportuno a intervenções e tecnologias disponíveis, expressando desigualdades que ainda precisam ser enfrentadas para melhorar os resultados em saúde do binômio mãe e filho^{3,4}.

Dada sua magnitude e impacto social, a mortalidade perinatal configura-se como prioridade estratégica em saúde pública, articulada aos compromissos globais dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3), que buscam eliminar mortes evitáveis em neonatos e crianças menores de cinco anos até 2030^{5,6}.

Mundialmente, em 2022 estimou-se que 47% dos óbitos em menores de cinco anos ocorreram no período neonatal, correspondendo à perda de 2,3 milhões de vida por ano, concentradas em países de baixa e média renda⁷. No Brasil, a mortalidade perinatal apresentou redução menor do que a mortalidade infantil no período 1982 a 2015, sendo estimada em 15,5 por 1.000 nascidos vivos no ano 2018⁸. Destaca-se que os óbitos perinatais, historicamente, têm recebido pouca atenção de pesquisadores e gestores, sendo muitas vezes considerados invisíveis^{9,10}.

Esse contexto reforça a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a mortalidade perinatal para ampliar a compreensão da atenção ao cuidado materno e neonatal e subsidiar intervenções mais efetivas, pois a maioria dos estudos concentra-se em óbitos fetais ou neonatais de forma isolada. Além disso, a escassez de estudos nesse campo limita o poder de comparações regionais e pode estar relacionada à complexidade que envolve o período perinatal e à limitação da qualidade das informações disponíveis.

No entanto, há instituída a vigilância do óbito infantil e fetal nos entes federativos por meio de portarias ministeriais, sendo uma estratégia da vigilância epidemiológica, a qual permite o monitoramento sistemático e a análise detalhada dessas mortes^{2,11}. Por meio dessa vigilância, é possível compreender as causas, identificar falhas na assistência à saúde, propor intervenções preventivas e melhorar a qualidade das ações de saúde pública, contribuindo para a redução de óbitos evitáveis^{11,12}.

Assim, a análise de séries temporais mostra-se uma ferramenta essencial para identificar e monitorar tendências, subsidiar decisões gerenciais e fomentar políticas públicas que promovam

ações para redução da mortalidade perinatal^{13,14}. Portanto, este estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal da mortalidade perinatal e por evitabilidade em Pernambuco, Brasil, no período de 2014 a 2023.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, com abordagem quantitativa, realizado no estado de Pernambuco, Brasil. A população do estudo foi composta por todos os óbitos perinatais definidos como óbitos fetais a partir de 22^a semanas completas de gestação somadas às ignoradas ou não informadas e óbitos neonatais precoces, ocorridos até o sexto dia de vida.

Os dados brutos necessários ao cálculo das taxas foram obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)¹⁵.

A taxa de mortalidade perinatal (TMP) foi calculada considerando os óbitos perinatais dividido pelo número de nascimentos totais (soma de nascidos vivos e óbitos fetais) no mesmo período e área geográfica, multiplicado por mil.

Para análise da evitabilidade dos óbitos perinatais, calculou-se a taxa de mortalidade perinatal por grupos de causas evitáveis, mal definidas e não claramente evitáveis, proposta pela Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS¹⁶. As taxas de mortalidade perinatal e por evitabilidade foram estimadas ano a ano no decênio estudado.

Para análise da tendência temporal, aplicou-se o modelo de regressão por pontos de inflexão (*joinpoint regression model*) (*Surveillance Research Program*, versão 4.5.0.1, National Cancer Institute, EUA), das quatro taxas a nível estadual. Esse modelo testa se uma linha com múltiplos segmentos é estatisticamente melhor para descrever a evolução temporal dos dados do que uma linha reta ou com menos segmentos¹⁷. Dessa forma,

permite identificar padrões temporais (crescente, decrescente ou estacionário), os pontos de mudança de tendência (joins) e a variação percentual anual (APC - *Annual Percent Change*)¹⁷. Foram adotados como parâmetros do joinpoint nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Por se tratar de dados secundários de domínio público, disponíveis no DATASUS, este estudo foi dispensado de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e observou as disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

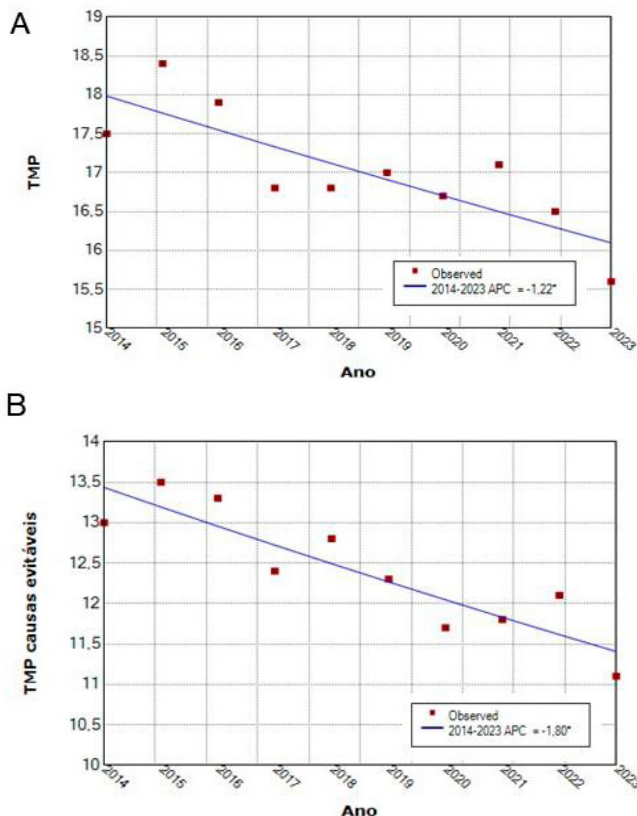
RESULTADOS E DISCUSSÃO

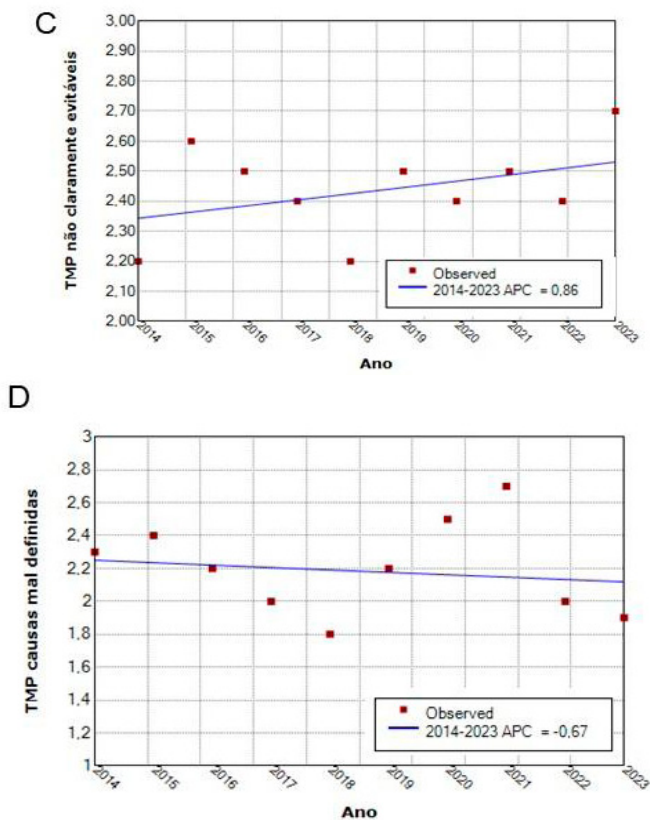
Foram notificados 22.698 óbitos perinatais em Pernambuco entre 2014 e 2023. Destes, 16.540 (72,8%) por causas evitáveis; 3.222 (14,3%) por causas não claramente evitáveis e 2.936 (12,9%) por causas mal definidas. As causas evitáveis mais comuns são relacionadas à atenção à gestação (55,6%) e ao parto (30,9%). Essa casuística sugere possíveis falhas no acompanhamento pré-natal, como início tardio do cuidado, número insuficiente de consultas, ausência de exames de rotina, não identificação de gestantes de risco e encaminhamento inadequado, comprometendo o diagnóstico e o manejo oportuno de condições maternas potencialmente graves, como hipertensão, diabetes, infecções e complicações placentárias, que repercutem diretamente sobre o feto e o recém-nascido^{9,18}.

A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) pode contribuir para a redução das mortalidades fetal e neonatal^{19,20}. Essas causas poderiam ser prevenidas com pré-natal oportuno e qualificado, fortalecendo a atuação da APS não apenas no acesso, mas também na promoção da saúde e prevenção de complicações, incluindo planejamento reprodutivo, acompanhamento gestacional, incentivo ao aleitamento materno e realização da consulta puerperal^{20,21}.

Ao verificar a taxa de mortalidade perinatal em Pernambuco apresentou uma redução de 1,2% (IC -1,9;-0,5) (Figura 1), semelhante à redução da mortalidade fetal observada no Brasil¹⁴ entre 1996 e 2021 e à mortalidade neonatal na Bahia (2010-2020)²² e em São Paulo (2004-2013)²³. Em estudo de Coelho et al.²⁴, também em Pernambuco, a mortalidade infantil apresentou redução entre 2008 e 2017. Entretanto, essas variações podem estar relacionadas a determinantes sociais em saúde. Canuto et al.¹³ observaram, em áreas intraurbanas do Recife, associação significativa entre mortalidade perinatal e desigualdades estruturais, refletindo persistentes disparidades regionais.

Figura 1. Tendência nas taxas de mortalidades perinatal (A), causas evitáveis (B), não claramente evitáveis (C) e mal definidas (D), por 1000 nascidos vivos. Pernambuco, Brasil, 2014-2023.





Fonte: As autoras, 2025.

Nota: APC: *annual percent change*;

*Tendência significativa ($p < 0,05$).

Na taxa de mortalidade perinatal por causas evitáveis apresentou redução de 1,8% (IC95%: -2,5; -1,1) (Figura 1). Esse achado diverge do observado por Xavier et al.²⁵ em Pernambuco, que identificou aumento dos óbitos fetais evitáveis entre 2010 e 2021, com base na Lista Brasileira de Causas Evitáveis de Morte para Óbitos Fetais (LBE-OF). O conhecimento sobre o perfil de evitabilidade desses óbitos é essencial para identificar falhas nos diferentes níveis de atenção à saúde materno-infantil, configurando-se como ferramenta de gestão estratégica para o aprimoramento do cuidado à mulher e ao recém-nascido e para a garantia do direito à vida com equidade e qualidade^{11,26,27}.

Em Salvador, Bahia, Nascimento et al.¹² identificaram aglomerados de risco de mortalidade perinatal evitável em áreas vulneráveis, mesmo com razoável oferta de serviços de saúde, evidenciando desigualdades persistentes. Esse estudo reforça que a simples ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) não garante equidade, sendo essencial integrar vigilância epidemiológica, gestão territorial e monitoramento de indicadores para priorizar intervenções em regiões críticas e potencializar a redução de óbitos perinatais evitáveis^{20,21}.

Em relação às taxas não claramente evitáveis (APC: 0,9; IC: -0,8;2,5) e mal definidas (APC: -0,7%; IC: -4,0;2,8) apresentaram tendência estacionária (Figura 1). Os resultados achados podem refletir limitações na qualidade dos registros vitais e na investigação dos óbitos. Nas pesquisas nacionais indicam que, apesar dos avanços na cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), ainda há sub-registro de óbitos e inconsistências na classificação da causa básica, que comprometem a identificação adequada da evitabilidade^{27,28}.

As causas mal definidas indicam deficiências no processo de codificação e na investigação epidemiológica, resultando em perda de informações essenciais para o direcionamento das ações de prevenção²⁶. A categoria “não claramente evitável”

pode estar associada à complexidade clínica de alguns casos ou à ausência de detalhes clínico-obstétricos nos registros, dificultando o enquadramento na Lista Brasileira de Causas Evitáveis¹¹. Xavier et al.²⁵ também destacaram a importância da qualificação das informações e da padronização dos critérios de evitabilidade, considerando que erros de classificação podem mascarar tendências reais de melhora ou piora dos indicadores. Assim, a manutenção de taxas estacionárias nessas categorias reforça a necessidade de aprimorar a vigilância do óbito perinatal, fortalecer os comitês de investigação e investir na capacitação das equipes locais para o correto preenchimento e interpretação das declarações de óbito e de nascido vivo.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários provenientes do SIM e do Sinasc, sujeitos à subnotificação, sobretudo de óbitos fetais, e a inconsistências no preenchimento das declarações de óbito e de nascido vivo. Ademais, não foi realizada análise espacial da distribuição dos óbitos, o que poderia ampliar a compreensão das desigualdades intrarregionais e contribuir para a identificação de áreas prioritárias. Ainda assim, os achados alcançam os objetivos propostos, fornecendo evidências consistentes sobre a tendência temporal da mortalidade perinatal em Pernambuco e oferecendo subsídios relevantes para o aprimoramento das estratégias de vigilância e de redução dos óbitos evitáveis no âmbito da saúde materno-infantil.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Considerando a tendência de redução dos óbitos perinatais ao longo do período analisado, torna-se fundamental garantir a sustentabilidade dessa queda e ampliar ações de prevenção. A maior parte dos óbitos perinatais em Pernambuco permanece associada a causas evitáveis, o que reforça a necessidade de um sistema de saúde articulado, acessível, integral e resolutivo. Para tanto, é essencial fortalecer a integração entre a vigilância

do óbito e a atenção primária à saúde, garantindo a coleta de informações de qualidade e a efetividade do monitoramento, de modo a subsidiar a tomada de decisão e o planejamento de políticas públicas. Portanto, recomenda-se o fortalecimento de estratégias de cuidado integral à saúde obstétrica e neonatal, com qualificação do pré-natal, da atenção ao parto e do acompanhamento ao recém-nascido, e integração entre vigilância e APS de modo a enfrentar desigualdades persistentes e assegurar maior equidade nos resultados de saúde materno-infantil no estado.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10)*. São Paulo: EDUSP; 1997.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2025 out 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
3. Domingues RM, Leal MC. Mortalidade neonatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(Supl):S191–9. doi:10.1590/S1413-81232005000500021
4. Migoto MT, Oliveira RP, Silva AMR, Freire MHS. Fatores associados ao óbito perinatal evitável: revisão integrativa. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3320. doi:10.1590/1518-8345.3623.3320
5. Nações Unidas Brasil. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. Brasília: Nações Unidas Brasil; 2025 [citado 2025 out 10]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/66851-os-objetivos-de-desenvolvimento-do-mil%C3%AAnio>
6. Nações Unidas Brasil. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar [Internet]. Brasília: Nações Unidas Brasil; 2025 [citado 2025 out 10]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>
7. World Health Organization (WHO). Newborn mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Oct 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>
8. Nóbrega AA, Mendes YMMB, Miranda MJ, Santos ACCD, Lobo AP, Porto DL, et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018:

- análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(1):e00003121. doi:10.1590/0102-311X00003121
9. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S192–S207. doi:10.1590/0102-311X00133213
 10. Nóbrega AA, Mendes YMMB, Miranda MJ, Santos ACCD, Lobo AP, Porto DL, et al. Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. *Cad Saúde Pública*. 2022;38:e00003121.
 11. Domingues RMSM, Leal MC. Mortalidade perinatal no Brasil: evolução e desigualdades regionais. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(8):e00042523.
 12. Nascimento RDC de S, Costa MDCN, Braga JU, Natividade MS da. Spatial patterns of preventable perinatal mortality in Salvador, Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:80. doi:10.11606/s1518-8787.2017051007076
 13. Canuto V, Silva DVS, Braga JU, Santos IS. Diferenciais intraurbanos da mortalidade perinatal: modelagem para identificação de áreas prioritárias. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(1):127–36. doi:10.1590/1806-93042019000100007
 14. Silva CHD, Gama SGND, Leal MDC, Lansky S. Tendências da mortalidade fetal no Brasil: 1996 a 2021. *Rev Saúde Pública*. 2025;59:e2. doi:10.11606/s1518-8787.2025059000173
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade – desde 1996 pela CID-10 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [citado 2025 out 10]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>
 16. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Gama SGN, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(4):663–84. doi:10.5123/S1679-49742017000400005
 17. Kim H, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Statist Med*. 2000 Feb;19(3):335–51.
 18. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, et al. Mortes fetais e neonatais no Brasil: contribuições da vigilância do óbito e desafios para a redução da mortalidade perinatal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(4):1513–24. doi:10.1590/1413-81232022274.00242021

19. Prezotto KH, Silva AAM, Gama SGN, Leal MC. Mortalidade neonatal precoce e tardia: causas evitáveis e desigualdades regionais no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2023;26(Suppl 1):e210008. doi:10.1590/1980-549720230026.supl.1
20. Veiga AC, Silva E, Santos R, Lima M, Almeida M, Oliveira L. Qualificação interprofissional da atenção pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(5):1513–24. doi:10.1590/1413-81232023285.00242021
21. Rodrigues CS, Souza SCMR. Aspectos relacionados ao pré-natal e parto e a ocorrência de óbitos neonatal precoce. *Interdisciplinar em Saúde*. 2021;29(46):1–9. Disponível em: https://www.interdisciplinaresmaude.com.br/Volume_29/Trabalho_46_2021.pdf
22. Nery DP, Andrade ACS, Rocha DS, Martins EF, Iser BPM, Silva L, et al. Tendência da mortalidade neonatal e de óbitos neonatais evitáveis: análise de série temporal, Bahia, 2010–2020. *Rev Saúde Pública*. 2025;59:e20240651. doi:10.11606/s1518-8787.2025060000173.
23. Guinsburg R, Guinsburg L, Guinsburg M, Guinsburg M, Guinsburg M, Guinsburg M, et al. Annual trend of neonatal mortality and its underlying causes: population-based study – São Paulo State, Brazil, 2004–2013. *Front Pediatr*. 2021;9:670. doi:10.3389/fped.2021.670.
24. Coelho LMS, Ferreira ACF, Vasconcelos RA, Matos TS, Souza CDF. Tendência temporal da mortalidade infantil em Pernambuco, 2001-2019: um estudo ecológico de base populacional. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2023;23:e20230116. doi:10.1590/1806-9304202300000116
25. Xavier DR, Souza WN, Souza MS, et al. Óbitos fetais evitáveis no estado de Pernambuco, Brasil, 2010–2021: uma análise com base na Lista Brasileira de Causas Evitáveis de Morte para Óbitos Fetais (LBE-OF). *Cad Saúde Pública*. 2024;40(4):e00248222.
26. Costa JC, Victora CG, Leal MC, et al. Perinatal mortality and preventable deaths in Brazil: inequalities and trends. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00265920.
27. Oliveira CM, Bonfim CV, Medeiros ZM. Mortalidade fetal e evitabilidade: desafios para a vigilância e a atenção à saúde da mulher e da criança. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230054.
28. Lima SS, Ferreira NLS, Silva PLN, et al. Mortalidade perinatal no Brasil: qualidade das informações e causas evitáveis. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(Supl 1):e210008.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, COM ÊNFASE NAS VARIÁVEIS DE NOTIFICAÇÃO DE MORTE MATERNA, EM PERNAMBUCO

Luana Ketlen Cavalcanti de Lima Felix^{1,2}

Henry Johnson Passos de Oliveira^{1,2}

Victor Manoel Pereira da Silva²

Louisiana Regadas de Macedo Quinino²

¹Secretaria Estadual de Saúde, Recife, Pernambuco

²Instituto Aggeu Magalhães, Recife, Pernambuco

TEMA 1
VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA

INTRODUÇÃO

NO ÂMBITO DA SAÚDE, as ações e planejamentos são baseados em informações geradas a partir dos dados disponíveis¹. No Brasil, são os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que gerenciam os dados de saúde da população. Estes sistemas permitem a otimização da gestão estratégica do Sistema Único de Saúde, tornando possível uma melhor alocação dos recursos que gerem maior efetividade e eficácia nas decisões e condutas políticas².

Entre os sistemas mais antigos e estruturados no Brasil, está o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que é responsável por expressar as características dos óbitos no país, e seu instrumento de alimentação é a

Declaração de Óbito (DO). O SIM tem sido efetivo como apoio na gestão de decisões e criação de políticas de saúde e uma das características é o módulo de investigações, o que inclui os óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), que no Brasil corresponde ao óbito ocorrido na faixa etária de 10 a 49 anos³.

Os óbitos de MIF constituem cerca de 16% dos óbitos da população feminina, que atualmente, possuem como principais causas as doenças do aparelho circulatório e as Neoplasias^{4,5}. Outro grupo de causa de morte de MIF, são as complicações relacionadas à gestação, parto ou puerpério, estas são classificadas como morte materna. Devido a sua relevância para saúde pública, a morte materna constitui um outro módulo de investigação no SIM³.

A Organização Mundial de Saúde, define a morte materna como o óbito de uma mulher que ocorreu no período gravídico-puerperal, até 42 dias após o término da gestação⁶. Sua relevância se baseia no entendimento de que uma razão de morte materna elevada, além de revelar iniquidades sociais, indica dificuldades no acesso e na qualidade de serviços ofertados pelo sistema de saúde, principalmente dos serviços obstétricos e de atenção à saúde da mulher. Falhas nesse âmbito são consideradas violações aos direitos das mulheres, principalmente quando 92% dos óbitos podem ser evitados por meio de intervenções do Estado, com ações que demandam baixa tecnologia de saúde⁷.

As mortes maternas têm um histórico de serem mal declaradas no Brasil, e, portanto, passíveis a subidentificação. É atribuído a este fato, falhas relacionadas ao preenchimento da DO de MIF. Então, quando se entende que a morte materna é um indicador concernente aos óbitos de MIF, e que a VOM tem como ponto de partida a identificação do óbito obstétrico, a qualidade das informações contidas nas DO de MIF é de suma importância. Neste sentido, este estudo objetiva analisar o preenchimento das variáveis de identificação de morte materna

nas declarações de óbitos de mulheres em idade fértil Pernambuco, entre 2011 e 2021.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal sobre as informações contidas nas DO de mulheres em idade fértil, com ênfase nas informações de identificação de morte materna. O território em análise é o estado brasileiro de Pernambuco, que possui uma área de 98.067,877 km² distribuída entre 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Pernambuco é organizado em 12 Regionais de Saúde e, segundo estimativa de 2021, possui 9.674.793 habitantes⁸.

A população de estudo são os óbitos de mulheres residentes em Pernambuco registrados no SIM, com idade entre 10 e 49 anos, ocorridos no período de 2011 a 2021. Foram avaliadas as variáveis referentes à idade; raça/cor da pele; estado civil; escolaridade; ocupação; logradouro, bairro e município; local de ocorrência do óbito; tipo de estabelecimento que foi atestado o óbito e a causa básica do óbito (Antes e após investigação).

Para o processamento dos dados tratou-se mensurar a incompletude do preenchimento das variáveis que identificam se o óbito ocorreu dentro do período gravídico-puerperal e por variáveis sociodemográficas: raça/cor da pele; faixa etária; escolaridade; ocupação; local de ocorrência.

A taxa de incompletude do preenchimento foi calculada conforme descrito abaixo:

$$\% = \frac{\text{Nº de DO com os determinados campos em brancos e/ou preenchidos como ignorado}}{\text{Nº total de DO correspondente}} \times 100\%$$

Classificou-se o grau de completude de acordo com o escore de Romero e Cunha em excelente (até 5%), bom (5% a 10%), regular (10% a 20%), ruim (20% a 50%) e muito ruim (50% a 100%)⁽⁹⁾

Em seguida, investigou-se as inconsistências entre as informações constantes nas variáveis que identificam óbito no

período gravídico-puerperal e a codificação da causa básica do óbito. Para isto, a análise partiu dos óbitos que indicavam a ocorrência do óbito no período gravídico-puerperal.

A partir destes, foi calculada a porcentagem de casos que não apresentam causa básica obstétrica. Para causa obstétrica, foi considerada os códigos que compreende o capítulo XV da CID-10, e as causas especiais (CID: A34, M830, F53, E230, D392 e B20 a B24). As causas externas não foram consideradas para esta análise de inconsistência. O cálculo seguiu a fórmula abaixo:

$$\chi = \frac{\text{Nº de DO com os campos 43/44 afirmativos cuja causa básica não estava codificada como materna}}{\text{Total de DO com os campos 43 e/ou 44 preenchidos afirmativamente}} \times 100\%$$

Ainda para investigação de inconsistências, foram identificados apenas os casos com a causa básica codificada como materna segundo a CID-10, e então calculado a porcentagem segundo o seu preenchimento da variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal.

$$\chi = \frac{\text{Preenchimento da variável dos campos 43 e 44 (afirmativo, negativo, em branco ou ignorado)}}{\text{Total de DO com causa básica materna}} \times 100\%$$

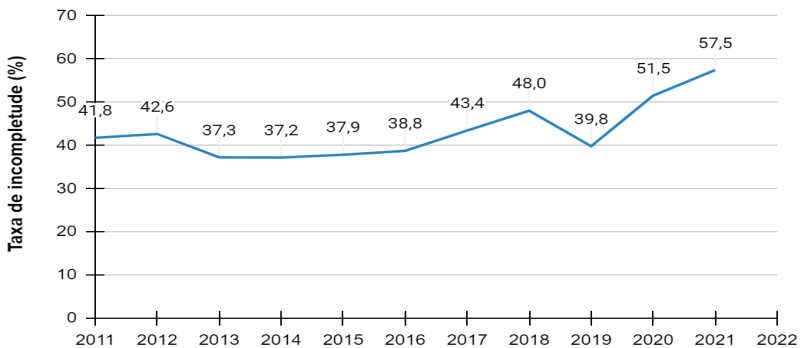
Logo após, foi realizada uma análise comparativa entre a classificação do tipo de óbito (obstétrico ou não obstétrico) antes e após a investigação, assim como comparado as causas básicas dos óbitos obstétricos. Para estas análises foi utilizado o coeficiente de Kappa de Cohen que mede a confiabilidade da concordância entre as avaliações, e a classifica nos seguintes critérios: excelente (0,80 a 1,00), substancial (0,60 a 0,79), moderada (0,40 a 0,59), razoável (0,20 a 0,39), pobre (0,01 a 0,19) e sem concordância (=0,00).⁽¹⁰⁾ As análises foram realizadas com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

O estudo contou com carta de anuência da secretaria estadual de saúde e apreciação do comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Aggeu Magalhães - Fiocruz/PE sob parecer nº 5.873.678.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2011 a 2021 foram registradas no SIM 30.479 declarações de óbitos de MIF em Pernambuco. A análise do preenchimento das variáveis que identificam o óbito da mulher no período gravídico-puerperal, constatou uma taxa de incompletude de 43,8% nas DO registradas, apresentando um grau de completude considerado “ruim”. Esta classificação se estendeu durante todos os anos estudados, com exceção dos anos 2020 e 2021 que apresentaram um grau de completude “muito ruim” com uma taxa de incompletude maior que 50% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Taxa de incompletude da variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal nas DO de MIF. Pernambuco, 2011 a 2021.



Fonte: Autores.

As maiores taxas de incompletude, classificadas com grau de completude muito ruim, foram encontradas nas DO das mulheres que residiam nas seguintes regiões de saúde: V (65%); III (62,7%); XII (59,85); VII (56%); II (55,3%); X (50,4%). Nas demais regiões de saúde que compõem o estado foi identificado um grau de completude considerada ruim, variando entre 24,4% e 49,1% de incompletude das variáveis supracitadas (Tabela 1).

Tabela 1. Análise de incompletude da variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal nas DO registradas entre 2011 a 2021, por região de saúde do estado de Pernambuco.

Macror-região de Saúde	Região de Saúde	Total de óbitos	Variável: Óbito no período gravídico-puerperal em branco ou ignorado	Incompletude (%)	Escore de grau de completude
I	I	14.052	5.248	37,3	R
	II	1.798	995	55,3	MR
	III	2.124	1331	62,7	MR
	XII	1.214	726	59,8	MR
	Subtotal	19.188	8.300	43,3	R
II	IV	4.219	1.800	42,7	R
	V	991	644	65	MR
	Subtotal	5.210	2.444	46,9	R
III	VI	1.628	800	49,1	R
	X	575	290	50,4	MR
	XII	740	319	43,1	R
	Subtotal	2.943	1.409	47,9	R
IV	VII	1.057	592	56	MR
	VIII	521	215	41,3	R
	IX	1.520	371	24,4	R
	Subtotal	3.098	1.178	38,0	R
Informação de município ignorada		40	27	67,5	MR
Total		30.479	13.358	43,8	R

Fonte: Autores.

Legenda: MR=Muito Ruim; R= Ruim.

Foi observada a distribuição da taxa de incompletude das variáveis de identificação de óbito no período gravídico-puerperal, entre as características sociodemográficas dos óbitos. É possível observar, na tabela 2, que os óbitos cujos campos “Raça/cor da pele”, “Escolaridade”, e “Local de ocorrência” que estão preenchidos como ignorados ou em branco, são grupos que também apresentam altas taxas de incompletude na variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal.

Em relação ao campo raça/cor da pele, 44,5% dos óbitos classificados como pardas apresentam incompletude na variável de identificação do óbito no período gravídico-puerperal; seguido dos óbitos classificados como brancas e pretas, apresentando incompletude em 43% e 41,5%, respectivamente. Quanto à faixa etária, os grupos que apresentam maiores taxas de incompletude na variável analisada, são os óbitos compreendidos nos grupos de idade entre 10 a 14 anos (53,3%); 41 a 49 anos (46,7%) e 31 a 40 anos (41,9%) (Tabela 2).

Já no campo de escolaridade, após o grupo de óbitos que tiveram seu preenchimento em branco e ignorado, observa-se maior incompletude da variável de identificação de óbito no período gravídico puerperal entre os óbitos que não possuíam nenhum grau de escolaridade (62,6%), seguido dos óbitos que possuíam de 1 a 9 anos de estudos (46,4%). Quanto o campo de ocupação a maior taxa de incompletude, da variável analisada, foi apresentado entre os óbitos que eram trabalhadoras da agricultura/agropecuárias (51,5%), aposentadas (45,4%) e donas de casa (42,8%). Em relação ao campo local de ocorrência 48,4% dos óbitos que ocorreram em locais não discriminados na DO (classificados como “outros”) apresentaram maior incompletude na variável analisada, seguida dos óbitos que ocorreram em hospitais (45,1%) e em via pública (44,7%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da incompletude da variável de identificação de óbito do período gravídico-puerperal segundo as com as características sociodemográficas. Pernambuco, 2011 -2021

Características sociodemográficas		Total de óbitos (n)	Preenchimento da variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal		
			Adequado (n)	Incompleto (n)	Incompletude (%)
Raça/cor da pele	Parda	19.076	10.593	8.483	44,5
	Branca	8.424	4.804	3.620	43,0
	Preta	2.146	1.256	890	41,5
	Amarela	103	65	38	36,9
	Indígena	86	55	31	36,0
	Ignorado / em branco	644	348	296	46,0
Faixa etária (em anos)	10 a 14	700	327	373	53,3
	15 a 20	1.437	908	529	36,8
	21 a 30	3.932	2.439	1.493	38,0
	31 a 40	8.890	5.169	3.721	41,9
	41 a 49	15.520	8.278	7.242	46,7
Escolaridade	0 anos de estudos	254	95	159	62,6
	1 a 9 anos de estudos	10.079	5.399	4.680	46,4
	9 a 12 anos de estudos	7.235	4.161	3.074	42,5
	> 12 anos de estudos	9.124	5.411	3.713	40,7
	Ignorado / em branco	3.787	2.055	1.732	45,7
Ocupação	Dona de casa	9.588	5.487	4.101	42,8
	Agropecuária/ Agricultura	4.790	2.321	2.469	51,5
	Aposentada	2.252	1.229	1.023	45,4
	Estudante	1.458	848	610	41,8
	Faxineira	1.005	590	415	41,3
	Autônomo	945	545	400	42,3
	Desempregada	570	363	207	36,3
	Ignorado / em branco	3.397	1.782	1.615	47,5
	Outros	6.474	3.650	2.824	43,6
Local de ocorrência do óbito	Hospital	23.689	13.012	10.677	45,1
	Domicílio	4.362	2.605	1.757	40,3
	Via pública	300	166	134	44,7
	Outro estabelecimento de saúde	1.630	1.081	549	33,7
	Outro local não especificado	479	247	232	48,4
	Ignorado / em branco	19	10	9	47,4

Fonte: Autores.

Da amostra total, foram identificadas 3,5% (1081) de DO com preenchimento afirmativo para óbito no período gravídico-puerperal, destes, 87,6% (947) apresentaram coerência em sua causa básica possuindo codificação com CID que identifica o óbito como materno. Os outros 12% (134) apresentaram inconsistência entre esta informação e a codificação de sua causa básica, ou seja, declarou óbito no período gravídico-puerperal, mas não foi codificado com CID materno. Destes, 63,4% estão afirmados como óbito durante o puerpério de 43 dias < 1 ano, 19,4% como óbito na gravidez; 3,7% como óbito durante o parto e 3% durante o abortamento (Tabela 3).

Tabela 3. Número e porcentagem de óbitos declarados no período gravídico-puerperal com preenchimento de causa básica não obstétrica. Pernambuco 2011-2021.

Momento do óbito	Ano do óbito										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Na gravidez	4	5	4	-	4	-	2	1	-	1	5
No abortamento	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1
No parto	-	2	-	-	-	-	2	-	1	-	-
Puerpério até 42 dias	2	-	-	-	2	-	2	1	4	2	1
Puerpério de 43 dias a < 1 ano	12	9	4	2	8	7	6	6	16	5	10
Total geral	18	16	8	2	15	7	14	8	21	8	17
%	13,4	11,9	6,0	1,5	11,2	5,2	10,4	6,0	15,7	6,0	12,7

Fonte: Autores.

No segundo recorte da análise para verificação de inconsistências entre as informações de identificação do óbito materno, foi identificada 3,6% (1.102) de DO, cuja causa básica está codificada com CID que identifica morte materna. Deste, 2,9% (32) apresentaram inconsistência entre a variável de identificação do óbito no período gravídico-puerperal. Sendo 2,1% não preenchidos, 0,6% preenchido que o óbito não ocorreu no período gravídico-puerperal; e 0,2% preenchidos como campo ignorado (Tabela 4).

Tabela 4. Número e porcentagem de óbitos com causa básica codificadas com CID Materno, segundo preenchimento da variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal. Pernambuco 2011-2021

Momento do óbito	Ano do óbito										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Em branco	2	1	1	2	6				7	2	
Na gravidez	19	14	21	10	19	23	14	26	9	17	17
Não ocorreu no período gravídico-puerperal	2		1		1			2		1	
No abortamento	5	5	4	2	2	1	5	2	1	6	3
No parto	7	2	5	3	3	5	5	4	3	4	3
Puerpério precoce (Até 42 dias)	52	52	57	59	54	46	57	47	42	67	66
Ignorado										1	1
Puerpério tardio (43 dias a < 1 ano)	18	13	18	20	19	13	22	22	13	20	24
Total geral	105	87	107	96	104	88	103	103	75	118	116
%	9,5	7,9	9,7	8,7	9,4	8,0	9,3	9,3	6,8	10,7	10,5

Fonte: Autores.

Na análise comparativa observou-se que, antes da investigação 643 óbitos de MIF foram classificados como óbitos obstétricos, enquanto os outros 29.836 óbitos, como não obstétricos. Já após a investigação, o número classificado como óbitos obstétricos aumentou para 1.102. A confiabilidade da concordância entre as avaliações foi considerada substancial, apresentando um coeficiente de Kappa de 0,716.

A tabela 5 mostra a distribuição entre as causas básicas obstétricas registradas antes da investigação (linha) e após a investigação (coluna), por grupo de causas. Os valores destacados na diagonal representam os óbitos codificados com a mesma causa básica nas duas avaliações (antes e após investigação), conferindo uma concordância positiva de 47% (527). A confiabilidade da concordância foi considerada moderada, apresentando Kappa de 0,411.

É possível observar que tanto antes como após a investigação, há um maior registro de óbitos codificados no grupo de causa de “Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte”, seguido do grupo de causa da “Hipertensão”. Antes da investigação, a terceira colocação do grupo com maior registro foi o de “Hemorragias”, seguido do de “Complicações relacionadas ao puerpério”. Já após a investigação essas últimas posições são invertidas. Ainda é possível identificar que dos 470 óbitos realocados como obstétricos após a investigação, 68% (322) foram codificados no grupo de outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte; 8% no de hipertensão; e 7% no grupo de complicações do puerpério.

Tabela 5. Tabulação cruzada dos registros de causa básica antes e após a investigação, por grupos de causas obstétricas, de acordo com a CID-10. Pernambuco 2011-2021.

		Grupo de CB após investigação (nº de óbitos)											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M
Grupo de CB antes da Investigação (nº de óbitos)	A	14					1		1			2	
	B	1	4					1				2	
	C			35	2			8				3	
	D			2	51			1		1		7	2
	E					0			1				
	F				1		20		1			2	
	G			3	1			58	6	1		3	1
	H			1	3			2	135	2		6	2
	I		1		1			1		33		4	1
	J	8		5	35		11	13	40	12	0	322	24
	L		1		6			2	8	2		158	5
	M								1			1	19
Total		23	6	46	100	0	32	86	193	51	0	510	54
%		2,1	0,5	4,2	9,1	0,1	2,9	7,9	17,5	4,6	0	46,2	4,9

Fonte: Autores.

Legenda:

A= Aborto (CID O03 - O07);

B= Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto (CID O30-O48);

C= Complicações do trabalho de parto e do parto (CID O60-O75);

D= Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério (CID O84 -O92);

E= Edema e proteinúria sem hipertensão (CID O012);

F=Gravidez que termina em aborto (CID O00 - O02, e O08);

G=Hemorragia (CID O20, O44, O45, O46, O67, O71.0, O71.1 e O72);

H=Hipertensão (CID O11, O13, O14, O15 e O16);

I= Infecção puerperal (CID O85);

J= Não obstétricos;

L= Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte (CID O95-O99);

M= Outros transtornos maternos relacionados predominantemente a gravidez (CID O20-O29)

Durante todo o período estudado, a taxa de incompletude das variáveis que identificam o óbito no período gravídico-puerperal, esteve com um grau de completude considerado ruim. Foi mais evidente nas DO de residentes da V região de saúde do estado de PE. E os anos de 2020 e 2021 destacaram-se com maiores taxas de incompletude. Esta taxa também foi identificada em maior porcentagem entre os óbitos registrados como pardos, entre 10 a 14 anos, sem escolaridade, trabalhadoras da agricultura e agropecuária e nos óbitos que ocorreram em hospitais. Outro achado importante foi que as características sociodemográficas que apresentam “ignorado” como opção de preenchimento, apresentaram altas taxas de incompletude na variável em análise.

Em Pernambuco, o SIM encontra-se descentralizado em todos os municípios e regiões de saúde¹¹. Em 2018, um estudo avaliou o grau de implantação do SIM concernente a cinco aspectos, foram esses: Gestão; Distribuição e controle; Emissão e preenchimento; Coleta; Processamento e divulgação. A partir desta análise, o SIM foi considerado parcialmente implantado em Pernambuco, a sua V região de saúde obteve classificação semelhante, e foi apontado deficiência no aspecto de análise e divulgação, assim como no aspecto de preenchimento, apresentando baixa porcentagem de óbitos com taxa de completude geral igual ou maior que 90%¹¹.

Autores discutem melhorias nos registros do SIM em municípios cujo a ação da vigilância do óbito e seus comitês são mais ativos por meio das investigações e discussões de óbitos³. Estudo realizado por Valongueiro, Ludemir e Gominho, aponta que desde a década de 1990 são realizadas capacitações de investigação de óbito de MIF nos municípios de PE. Isto, a fim de qualificar as informações coletadas e estruturar melhor a Vigilância do óbito Materno no estado¹². Apesar desta estratégia, foi identificado problemas na cobertura e precariedade das informações obtidas pelas investigações. Foi apontado como

principal motivo deste fato, a elevada rotatividade de profissionais no setor de epidemiologia nos municípios e a falta de prioridade dos gestores municipais em relação ao tema.

Quanto à elevação das taxas de incompletude nos anos de 2020 e 2021, é preciso considerar a possibilidade de ser decorrência dos impactos que a pandemia pela covid-19 trouxe aos serviços de saúde. A relocação de recursos humanos para atenção da doença emergente prejudicou a atuação oportuna de outros ofícios, como a notificação e investigação¹². Considerando isso, é importante registrar que os dados desses anos são preliminares e sujeitos a alterações¹⁴. Apesar deste aumento de incompletude da variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal, estudos sobre outras variáveis da DO apontam tendência de diminuição de incompletude no SIM através da continuidade da estratégia de capacitação dos profissionais¹⁵.

Em um estudo sobre uso do linkage como estratégia para melhoria da completude do SIM e SINASC, é discutido que os campos preenchidos como ignorados são decorrentes de uma série de deficiências de informações sobre o falecido, sendo reflexo da problemática do inadequado preenchimento dos prontuários¹. Outro estudo destaca o uso de siglas não padronizadas, anotações ilegíveis, a redução da comunicação multiprofissional, e a fragmentação do cuidado, como elementos causadores dessa problemática¹⁶. Já os campos em brancos, é associado à percepção do responsável pelo preenchimento sobre a importância da variável, que por vezes revela negligência profissional¹.

Freitas-Júnior, discute em seu estudo que a discriminação sexual pode inferir na assistência e na integralidade do cuidado na saúde de mulheres, agravando-se com base na situação de raça, idade e classe⁷. As taxas de incompletude da variável estudada na atual análise, possibilita questionar se há correlação entre negligência profissional e altas taxas de incompletude em óbitos com as determinadas características sociodemográficas⁷.

Também foi possível identificar neste estudo, algumas inconsistências entre as informações contidas nas variáveis de identificação de óbito no período gravídico-puerperal e a codificação de sua causa básica. Moraes e Costa, em sua pesquisa com profissionais usuários do SIM, identificaram que cerca de 47% de sua amostra relatou que o sistema apresenta um certo grau de informações incorretas, comprometendo a precisão da informação³. Ainda discute que para redução dessas inconformidades, é necessário maior empenho e qualificação dos responsáveis pelo preenchimento das DO, dos codificadores e digitadores do SIM, e uma maior interação entre o SIS. A implementação de recursos que exijam a compatibilização dos dados para inserção no sistema, é outra estratégia apontada para redução dessa problemática³.

Em contrapartida, não se pode descartar a possibilidade de que os óbitos sem CID materno, porém com preenchimento afirmativo para óbito no período gravídico-puerperal, sejam casos que foram descartados como óbitos maternos após a investigação da vigilância. Desta forma não constituindo uma fragilidade ou erro de informação no sistema. Portanto, para validação deste achado e comprovação de outras hipóteses são necessários estudos com análises mais profundas em relação a estes resultados.

O atual estudo também revelou que a concordância entre antes e após a investigação, em relação a classificação do tipo de óbito (obstétrico e não obstétrico), obteve uma confiabilidade substancial. Já na comparação entre as causas obstétricas, a concordância apresentou uma confiabilidade moderada. Ambos resultados de acordo com o coeficiente de Kappa. Após a investigação, a identificação de óbitos obstétricos aumentou para quase o dobro. Os dois grupos de causa mais frequentes permaneceram os mesmos de antes da investigação. No entanto, após a investigação apresentou um aumento de óbitos com causa básica no grupo de complicações no puerpério.

Estes achados elucidam a importância da investigação dos óbitos de MIF, tanto para a identificação de óbitos maternos outrora

mascarados, quanto para o levantamento de informações para aperfeiçoamento da causa básica de morte na DO. Um estudo sobre a estratégia para seleção e investigação de óbitos de MIF, discute a dificuldade da realização da investigação de todos os óbitos de MIF devido ao seu quantitativo. Porém reconhecendo a necessidade desta investigação ressalta como estratégia a priorização dos óbitos cuja causa básica seja uma causa presumível¹⁷.

Outra questão relevante é a diferença entre os grupos de causas obstétricas diagnosticadas antes e após a investigação. Este fato, também pode apontar fragilidade na formação dos médicos quanto ao adequado preenchimento da cadeia de eventos que culminaram no óbito. Neste sentido, é necessário promover a consciência da importância dos dados contidos na DO, como base para conhecimento da situação de saúde da população, e para decisões políticas de planejamento e combate a doenças e agravos¹⁸.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

O estudo constatou que a variável de identificação de óbito no período gravídico-puerperal nas DO de MIF em Pernambuco, apresentou um grau de completude ruim durante os anos de 2011 a 2021. A investigação de inconsistências entre as informações contidas nas variáveis analisadas, detectou uma pequena percentagem de inconformidades. Porém, é necessário que haja mais estudos com análise qualitativa e estatística para validar se estas inconsistências acrescentam impacto significativo na elucidação de óbitos maternos. A ausência destas análises compõe uma limitação deste estudo.

Quanto à análise comparativa entre as informações registradas antes e após a investigação, a mensuração da concordância não apontou aleatoriedade total, apresentando uma confiabilidade substancial e moderada, de acordo com o coeficiente de Kappa. O número de óbitos classificados como maternos apresentou um aumento após a investigação, incluindo a estes

também os óbitos que ocorreram no período do puerpério tardio. Estes resultados reforçam a importância da investigação dos óbitos de MIF para identificação de óbitos maternos mascarados. Assim como a importância das demais ações da VOM para aperfeiçoamento das causas de mortes registradas nas DO.

Espera-se que este artigo sirva para embasar outros estudos de análise da qualidade das informações dispostas nas declarações de óbito de MIF, como estratégia de investigação de óbitos maternos mascarados. Também nesta perspectiva, espera-se subsidiar ações e decisões de gestão estratégicas para o enfrentamento da morte materna e de investimentos na melhoria dos instrumentos de coleta de dados e dos SIS.

REFERÊNCIAS

1. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG, Da Silva AGS. Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do Sinasc nas capitais brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2017;51.
2. Cintho LM, Machado RR, Moro CMC. Métodos para Avaliação de Sistema de Informação em Saúde. *J Health Inform (Brasil)*. 2016;8(2). Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/346>
3. Morais RM, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saude Debate*. 2017;41(spe):101-17.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância em Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. *Bol Epidemiológico*. 2021;52:1-32. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf
5. Souza AMG, Andrade FB. What is the mortality scenario for women of reproductive age in Brazil? *Mundo Saude*. 2021;44:421-32.
6. Silva SCM, Monteiro EA, Freitas WMF, Barros AG, Guimarães CMC, Melo SA, et al. Diagnóstico da situação de morte materna. *Rev Bras Promoc Saude*. 2019;32:1-11.
7. Freitas-Júnior RAO. Avoidable maternal mortality as social injustice. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020 Abr 1;20(2):607-14.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Ministério da Economia. Brasil/Pernambuco: população. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>

9. Romero DE, Cunha CB da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad Saude Publica*. 2006 Mar;22(3):673-84.
10. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74.
11. Figueiroa BQ. Avaliação da efetividade de intervenção para aprimoramento do sistema de informações sobre mortalidade em Pernambuco: estudo quase experimental. Atena repositório digital da UFPE. 1ª ed. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/32750>
12. Valongueiro S, Ludermit AB, Gominho LAF. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. *Cad Saude Publica*. 2003;19(suppl 2):S293-S301. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800011>
13. Sallas J, Elidio GA, Costacurta GF, Frank CHM, Rohlf DB, Pacheco FC, et al. Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2022;31(1).
14. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Estadual de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Morte Materna em Pernambuco. 2022. Disponível em: <https://www.cievspe.com/informacoes-estrategicas>
15. Marques LJP, Pimentel DR, Oliveira CM, Vilela MBR, Frias PG, Bonfim CV. Concordância da causa básica e da evitabilidade dos óbitos infantis antes e após a investigação no Recife, Pernambuco, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2018;27(1):e20170557.
16. Bombarda TB, Joaquim RHVT. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. *Cad Saude Colet*. 2022;30(2):265-73. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>
17. Ribeiro CM, Costa AJL, Cascão ÂM, Cavalcanti MLT, Kale PL. Estratégia para seleção e investigação de óbitos de mulheres em idade fértil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 Dec;15(4):725-36. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400005>
18. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães RM, Frias PG, Medeiros ZM. The impact of the investigation on deaths classified as garbage codes on the quality of the cause-of-death information in the northeast region, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 3):e190007.supl.3. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190007.supl.3>

VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM EVENTOS DE MASSA: EXPERIÊNCIA PRÁTICA NA PREVENÇÃO DE RISCOS À SAÚDE PÚBLICA

José Claudio Bezerra Júnior¹
Rosângela Maria Silva Rodrigues²
Luciana Cristiane Santos Mandú³
Dayvison Herbety Araújo Amaral³
Airton Bezerra de Almeida⁴

¹Escola de Saúde Pública de Pernambuco ESPPE -
Programa de Residência em Saúde Coletiva
com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde

²Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária, VI Gerência
Regional de Saúde de Pernambuco, Arcoverde, Pernambuco

³VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco,
Arcoverde, Pernambuco

⁴Secretaria de Saúde de Arcoverde, Arcoverde, Pernambuco

TEMA 1
VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA

INTRODUÇÃO

Eventos de grande porte são locais propícios à grande circulação de pessoas, e consequentemente, oferecem fragilidades em relação a segurança da saúde dos envolvidos. A Portaria Nº 1139, de 10 de junho de 2013¹, que tem como finalidade prevenir e diminuir riscos à saúde que uma população possa estar exposta em um evento de massa, define a responsabilidade dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, da saúde complementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Promoção à Saúde; SUS.

durante todas as fases de desenvolvimento dos eventos colocando como foco as ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à Saúde.

A vigilância sanitária tem como papel executar ações que visam promover a eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde, realizando intervenções que envolvem problemas sanitários que estão ligados ao meio ambiente, a produção e circulação de bens e a prestação de serviços relacionados à saúde².

É estimado que 1,8 milhões de pessoas venham a óbito em decorrência de doenças diarreicas, que em sua maioria, estão relacionados a contaminações através de alimentos e de água, e que podem ser evitadas com ações de higiene na sua produção e manuseio³. Nessa perspectiva, é papel das equipes de vigilância sanitária assegurar a ausência de potenciais riscos à saúde da população que circula nesses eventos.

Portanto, a experiência teve como objetivo prestar apoio técnico à equipe de vigilância sanitária de um município para realizar ações de inspeções sanitárias, a fim de assegurar a qualidade de produtos e evitar possíveis riscos sanitários às pessoas que frequentaram o relatado evento de massa.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Prefeitura Municipal de Arcoverde promoveu no período de 14 a 28/06/2025 as festividades de São João. O festejo conta com vários Polos, distribuídos nos bairros do município, com as seguintes designações: Polo Multicultural, sendo o principal da festa, localizado na área central; Polo Artes e Poesia; Polo Forró de Pé de Serra; e Polo Raízes do Coco Lula Calixto. O evento tem grande movimentação de pessoas, não só do município de Arcoverde, mas dos municípios da região, de outros estados, e até de outros países.

Eventos de grande porte comumente resultam em uma sobrecarga nas redes de saúde regionais, por diferentes fatores, como o fluxo de turistas, redução da capacidade de assistência

à saúde, problemas de comunicação, e aumento de doenças não endêmicas⁴.

Em todos os Polos da festividade, é possível encontrar vendedores ambulantes e barraqueiros que comercializam diversos produtos, em especial alimentos e bebidas. A Prefeitura conta com o registro dos vendedores que expressam interesse em trabalhar nas festividades, promovendo o registro de seus pontos de comércio. Foram cadastrados 125 estabelecimentos temporários, além de 35 estabelecimentos fixos.

Em eventos de massa, é comum que haja a instalação de estruturas temporárias para fornecimento de alimento, que pode resultar em práticas precárias de higiene e normas de saúde pública podem ser negligenciadas para o suprimento da demanda de fornecimento de água e banheiros públicos⁵.

Diante da magnitude do evento, a equipe de vigilância sanitária do município solicitou o apoio técnico da equipe regional Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA, que pertence a VI Gerência Regional de Saúde de Pernambuco - VI GERES, para três eixos principais de atuação: Primeiramente, para a Fiscalização Sanitária Conjunta, com inspeção de alimentos e bebidas comercializados, verificação de documentação sanitária (alvarás e licenças) e controle das Boas práticas de Manipulação de Alimentos. Em segundo lugar, para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, com fiscalização das condições de trabalho dos comerciantes e equipes de apoio, incluindo verificação de EPIs e segurança nos ambientes laborais. Por fim, para o Monitoramento de Riscos, com apoio na avaliação de estruturas físicas (camarotes, barracas e banheiros químicos) em articulação com a Vigilância Epidemiológica para detecção precoce de agravos. As inspeções foram feitas seguindo um instrumento condutor de fiscalização, criado pela vigilância sanitária do município.

Durante todo o período, a equipe de fiscais da APEVISA da VI GERES esteve presente dando apoio às equipes do mu-

nicípio. As ações foram planejadas com objetivo principal de garantir a segurança sanitária dos produtos e serviços ofertados à população, através de fiscalização, autorização de funcionamento e monitoramento das Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.

As atividades desenvolvidas foram focadas em realizar inspeções sanitárias, fiscalização, monitoramento em estabelecimentos como restaurantes, lanchonetes, mercados e similares, barracas, quiosques e ambulantes. Além disso, foram realizadas orientações educativas aos barraqueiros e ambulantes referentes a boas práticas de manipulação e regulamentação das atividades, a apreensão e inutilização de produtos não conformes e orientação aos trabalhadores voltadas para a segurança do trabalhador, sendo realizadas um total de 160 ações educativas. Trabalhadores informais são mais dispostos a sofrerem lesões ou desenvolverem doenças relacionadas ao trabalho por falta de condições adequadas e insalubridade dos processos de trabalho⁶.

Foram realizados 15 plantões de fiscalizações, nos quais foram realizadas 2400 inspeções/fiscalizações e monitoramento nos diversos tipos de estabelecimentos comerciais, desde o vendedor ambulante a outros tipos de comércio formal e informal que comercializavam alimentos e bebidas nos diversos polos juninos. Foi possível detectar algumas não conformidades, as quais foram solucionadas através de orientações com ajustes imediatos, e quando necessário, com a apreensão e inutilização de produtos comercializados fora da legislação sanitária vigente, sendo apreendidos e inutilizados 10 kg de produtos alimentícios, e 270 kg de gelo sem a aposição do selo fiscal.

Também foram realizadas 50 inspeções de estrutura física dos camarotes e dos sanitários químicos móveis instalados para o evento, e não foram encontradas nenhuma não conformidade com a legislação vigente.

Após a inspeção, foi escrito um relatório com as descrições das ações executadas e as medidas tomadas. É necessário que esteja descrito o caráter da inspeção, objetivo, pessoas envolvidas, descrição da situação e as medidas adotadas⁷.

A RDC N° 216, de 15 de novembro de 2004, discorre sobre como os procedimentos de boas práticas de manipulação de alimentos devem ser feitos, a fim de garantir a qualidade dos produtos, eliminando os riscos de contaminação⁸.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA preconiza as Boas Práticas de Fabricação pela RDC N° 275, de 21 de outubro de 2002⁹, sendo a aplicação desta uma das ações que contribuem para a evitabilidade de doenças causadas por fungos, bactérias, vírus e protozoários advindos de contaminação alimentar, juntamente com práticas de educação sobre manuseio de alimentos, que além disso, consegue combater a prevalência de resistência bacteriana³.

Os trabalhos realizados no território de forma descentralizada pela vigilância sanitária municipal são relevantes para tomada de ações que se estendem para além dos agravos de notificação compulsória, aliando o conhecimento de diversas profissões e áreas de atuação com o objetivo de manter a qualidade da saúde da população¹⁰.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Durante todo o ciclo junino, as equipes da vigilância sanitária estiveram presentes diariamente nos polos de animação, inspecionando estabelecimentos, barracas, quiosques e ambulantes, com emissão de autorização para atendimento ao público realizando também apreensão e inutilização de produtos impróprios para o consumo.

As ações das equipes de vigilância sanitária municipal e estadual identificaram e eliminaram riscos à saúde da população, garantindo a segurança sanitária dos alimentos, bebidas e outros serviços oferecidos ao público durante todo o período

festivo. Além disso, as equipes atuaram de forma preventiva e educativa buscando sempre conscientizar os comerciantes sobre as Boas Práticas de Manipulação.

Essas ações foram desenvolvidas de forma planejada e em conjunto entre as VISA Estadual (APEVISA) e VISA municipal de Arcoverde, de forma colaborativa fortalecendo as atividades de atenção e promoção à saúde, ressaltando a importância e relevância dos órgãos, não só como autoridades punitivistas, mas também como contribuinte direto à garantia da segurança da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.139, de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. Diário Oficial da União. 2013 jun 11.
2. Felisberto E, Sousa AI, Souza NC, Guerra S, Samico I, Dubeux LS, Albuquerque AC, Medeiros GAR, Marques PH, Alves CK, Barca DA, Zanetta BL, Santos MB, Almeida GS. Avaliação das ações de vigilância sanitária: construção participativa de mecanismos para o monitoramento do desempenho da gestão. *Vigilância Sanitária em Debate*. 2022 Jan-Mar;10(1):2-13. doi:10.22239/2317-269x.01903
3. Françoso VFR, Silva BNP da, Cirico GM, Fontes JLF. Segurança de alimentos: importância de informação e uso de boas práticas de fabricação no processo produtivo. *Brazilian Journal of Development*. 2023 Jan;9(1):189-209. doi:10.34117/bjdv9n1-014.
4. Spector E, Zhang Y, Guo Y, Bost S, Yang X, Prosperi M, Wu Y, Shao H, Bian J. Syndromic Surveillance Systems for Mass Gatherings: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 13;19(8):4673. doi: 10.3390/ijerph19084673.
5. Lombardo JS, Sniegowski CA, Loschen WA, Westercamp M, Wade M, Dearth S, Zhang G. Public health surveillance for mass gatherings. *Johns Hopkins APL Tech Dig*. 2008;27(4):347-55. DOI: 10.1002/j.2330-2130.2008.tb02156.x.
6. Abreu AB, Basílio de Abreu E. Riscos ocupacionais dos vendedores ambulantes da via ferroviária do Rio de Janeiro. *Rev Caderno Pedagógico*. 2024;21(8):1-26. DOI: 10.54033/cadpedv21n8-127.

7. Barbosa Filho JPM, Brandão Filho JO, Miranda VMA, Diniz MA, Silva MRB, Costa RMPB, Nascimento TP. Atuação da vigilância sanitária no Brasil: aspectos históricos e sua contribuição para a saúde. In: Biotecnologia Farmacêutica - Vol 1. 2022. p. 12-26. DOI: 10.46898/rfb.9786558893783.1.
8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Diário Oficial da União: 15 set 2004.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos. Diário Oficial da União, Brasília, 2002 out 21.
10. Silva CMCS, Junges JR, Barbiani R, Schaefer R, Nora CRD. Processo de trabalho na vigilância em saúde no Brasil: uma scoping review. Cad Saúde Colet. 2021;29(4):604-15. doi: 10.1590/1414-462X202129040274.

ABORDAGENS INTEGRADAS PARA O FORTALECIMENTO DAS VIGILÂNCIAS DA QUALIDADE DA ÁGUA E DETECÇÃO DE SURTOS POR DTHAI

Alita Ruth Ferraz de Lucena
Eliane Oliveira da Silva
Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa
Laís Ferrari dos Santos
Ana Célia de Almeida Carvalho

Secretaria de Saúde de Pernambuco, VIII Gerência Regional
de Saúde, Petrolina, Pernambuco

TEMA 2
VIGILÂNCIA
AMBIENTAL

INTRODUÇÃO

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), conforma-se no Brasil uma nova proposta de atenção que busca articular de forma integrada ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação¹. Nesse contexto, a vigilância em saúde assume papel primordial na adequação e operacionalização das práticas tradicionalmente relacionadas ao eixo estruturante da prevenção, ao mesmo tempo em que se coloca como instrumento estratégico para efetivar práticas voltadas à promoção da saúde².

Tal abordagem amplia a compreensão do processo saúde-doença e possibilita uma atuação

Palavras-chave: Surto, Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar, Qualidade da água, Educação permanente.

mais abrangente sobre os determinantes sociais e ambientais, a exemplo da vigilância da qualidade da água para consumo humano, diretamente relacionada à prevenção das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA). Nesse contexto, o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua) compreende um conjunto de ações adotadas de forma contínua pelas autoridades de saúde pública nas distintas esferas de atuação, com o objetivo de assegurar à população o monitoramento da qualidade da água, para que seja compatível com os padrões de potabilidade vigentes³.

Nessa perspectiva, destaca-se a interface entre a vigilância das DTHA e o Vigiágua se entrelaçam em suas competências técnicas no campo da prevenção, uma vez que a qualidade da água influencia diretamente na ocorrência de surtos relacionados ao seu consumo, especialmente quando esta não atende aos parâmetros de segurança e padrões de potabilidade estabelecidos^{4,5}.

Os surtos de doenças relacionadas à veiculação hídrica representam um importante desafio de saúde pública. Esses eventos podem ocorrer em razão de diversos fatores, entre eles as condições precárias de saneamento e, especialmente, o consumo de água em quantidade insuficiente e qualidade inadequada para atender às necessidades individuais e coletivas. Isso se deve ao fato de que a água pode servir como veículo para substâncias químicas e agentes biológicos nocivos à saúde⁴.

A promoção de estratégias de integração entre o programa Vigiágua e a área técnica de DTHA podem contribuir significativamente para a qualificação dos indicadores de saúde pública e o bem-estar social da população da região. Além do processo de integração promovido entre essas áreas técnicas, o direcionamento estratégico das ações ao público-alvo, especialmente aos profissionais de saúde que atuam diretamente como orientadores educativos junto às populações afetadas pelo fornecimento inadequado de água, potencializa os resultados esperados^{6,7}.

Dessa forma, o presente trabalho trata das estratégias adotadas para a qualificação das ações de vigilância da qualidade da água e da detecção de surtos por DTHA, integrando profissionais da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde dos municípios da VIII Região de Saúde de Pernambuco.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato de experiência descreve uma iniciativa voltada à qualificação da vigilância da qualidade da água para o consumo humano na área de abrangência da VIII Região de Saúde de Pernambuco, com base em ações fundamentadas no Planejamento Estratégico Situacional regional. As atividades educativas desenvolvidas foram guiadas por indicadores locais de saúde, utilizados como direcionadores para a atuação no território. O recorte temporal do trabalho compreende o período de 2024 até agosto de 2025.

Por meio de uma análise retrospectiva, identificou-se subnotificação recorrente de surtos relacionados a DTHA, especialmente aqueles associados ao consumo de água fora dos padrões de potabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Adicionalmente, verificou-se que, nos casos em que surtos relacionados ao consumo de água foram detectados, os processos e fluxos de investigação epidemiológica apresentavam-se de forma fragmentada, comprometendo a efetividade das ações de resposta.

Tal desarticulação impactava negativamente a qualidade da investigação epidemiológica, da intervenção sanitária e, consequentemente, a capacidade de preparação, vigilância e resposta adequada aos eventos de saúde pública gerados. Diante desse cenário, além das atuações rotineiras da vigilância epidemiológica, sanitária e laboratorial, destaca-se o papel essencial da área técnica do Vigiágua, especialmente no que se refere ao diagnóstico laboratorial e às medidas de prevenção e controle, conforme as recomendações de uso do Hipoclorito de Sódio a 2,5%, fornecido pelo Ministério da Saúde.

Ressalte-se que, em localidades desprovidas de sistemas de abastecimento de água tratada, o Hipoclorito de Sódio a 2,5% é distribuído aos municípios, com a responsabilidade de garantir seu repasse às equipes da Atenção Primária à Saúde, conforme orientações estabelecidas na Nota Técnica DGVDSAT nº 03/2019⁵.

No entanto, apesar dessa estratégia de distribuição, foram observadas diversas problemáticas relacionadas ao uso indevido ou ineficiente do insumo, tais como: utilização incorreta, desvio de finalidade, distribuição insuficiente ou fora do tempo oportuno, além da ausência de notificação de surtos e outras intercorrências no processo.

Diante desse contexto situacional, foram estabelecidas estratégias de qualificação da vigilância da qualidade da água, ampliando a atuação para além dos profissionais da vigilância em saúde. A iniciativa passou a incluir também equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), englobando distintas categorias profissionais, com o objetivo de fortalecer as estratégias de educação popular em saúde nos territórios; mapear os diferentes tipos de redes de abastecimento de água existentes e promover alinhamentos intersetoriais e interprofissionais para robustecer as ações de vigilância da qualidade da água.

A identificação do público-alvo das oficinas ficou sob responsabilidade da gestão municipal, que adotou critérios baseados nas demandas e vulnerabilidades identificadas em seus respectivos territórios.

Em 2024, a temática foi inicialmente abordada no Grupo Técnico de Surto com os profissionais apoiadores da APS do município de Petrolina, Pernambuco. A partir de uma roda de conversa, buscou-se compreender as diferentes formas de abastecimento de água nos municípios, o desenho operacional da distribuição do Hipoclorito de Sódio a 2,5%, suas formas de uso e o papel dos apoiadores nos territórios, especialmente no que se refere à vigilância da qualidade da água e à detecção de surtos por DTHA.

A partir desse momento foram definidos encaminhamentos essenciais para a qualificação da atuação dos apoiadores, ampliando suas atribuições para além das demandas administrativas da APS. A oficina com os apoiadores de Petrolina, realizada em agosto de 2024, obteve como foco o fortalecimento do olhar territorial e a articulação entre vigilância e atenção à saúde no âmbito da qualidade da água, a atualização dos dados das famílias para a distribuição e uso Hipoclorito de Sódio a 2,5%, assim como a detecção oportuna de surtos.

Já em 2025, um modelo de ação aprimorado foi implementado com o objetivo de expandir a abordagem para os municípios da VIII Região de Saúde de Pernambuco de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista.

A metodologia e as estratégias de discussão foram adaptadas à realidade de cada território, por meio de oficinas *in loco*. Essas capacitações abordaram, de forma integrada, a vigilância de surtos por DTHA, a vigilância da qualidade da água, os tipos de redes de abastecimento de água existentes, os fluxos de distribuição e uso correto do Hipoclorito de Sódio a 2,5%.

Em maio de 2025, a oficina do município de Orocó foi direcionada aos Agentes de Combate às Endemias (ACE), com uma abordagem prática e contextualizada à realidade local. O encontro possibilitou o alinhamento de fluxos de trabalho e definição de atribuições específicas, promovendo maior efetividade nas ações de vigilância.

Nos meses de junho e julho, as oficinas aconteceram, respectivamente, nos municípios de Afrânio, Cabrobó e Santa Maria da Boa Vista, com foco nos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esse público, altamente estratégico, demonstrou forte potencial para atuar no território, considerando sua capilaridade e conhecimento das dinâmicas locais, especialmente no que diz respeito à vigilância da qualidade da água e aos surtos por DTHA.

Em agosto, as oficinas foram realizadas nos municípios de Dormentes e Lagoa Grande, com a participação de enfermeiros e ACS. A inclusão desse público ampliado teve um impacto significativo nas discussões, contribuindo para a identificação e resolução de falhas operacionais, padronização dos fluxos de comunicação e organização das ações. Além disso, possibilitou o mapeamento das diferentes formas de abastecimento de água presentes nos territórios e fortaleceu o processo de educação popular em saúde, promovendo maior conscientização e engajamento da comunidade nas práticas de vigilância da qualidade da água.

Nessa perspectiva, no contexto da VIII Região de Saúde de Pernambuco, a qualificação dessa vigilância demandou a integração entre as áreas técnicas da vigilância em saúde e APS com ênfase em ações sistemáticas de monitoramento, análise de risco e articulação intersetorial. Essa perspectiva favorece a antecipação de cenários críticos e a adoção de medidas preventivas que garantam a segurança hídrica da população, fortalecendo o SUS como protetor da saúde coletiva^{8,9}.

A adoção de abordagens integradas permitiu maior eficácia no processo de detecção precoce de surtos relacionados às DTHA, uma vez que associa informações laboratoriais, dados epidemiológicos e indicadores ambientais. Nesse cenário, a qualificação da vigilância da qualidade da água deve ser compreendida como um processo contínuo, articulado ao planejamento das ações de vigilância em saúde^{2,10}.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A experiência vivenciada na VIII Região de Saúde de Pernambuco evidenciou a importância de estratégias integradas e territorializadas no enfrentamento das DTHA, especialmente aquelas relacionadas ao consumo de água imprópria para o consumo humano.

A qualificação das ações por meio da articulação entre a Vigilância em Saúde e a APS demonstrou ser uma ferramenta

eficaz na reorganização dos fluxos de trabalho, no fortalecimento das ações intersetoriais e na ampliação do alcance das medidas preventivas. O envolvimento direto de profissionais estratégicos, como apoiadores institucionais, enfermeiros, ACS e ACE, potencializou os resultados esperados e promoveu maior capilaridade das ações nos territórios.

As oficinas realizadas ao longo de 2024 e 2025 permitiram não apenas o compartilhamento de conhecimentos técnicos e normativos, como também a escuta ativa das realidades locais, promovendo uma troca qualificada de saberes entre os profissionais e os territórios. Nesse contexto, a atualização sobre o uso correto do Hipoclorito de Sódio a 2,5%, o mapeamento das redes de abastecimento de água e a sensibilização sobre a importância da notificação de surtos configuraram-se como marcos relevantes desse processo.

Apesar dos avanços obtidos, o trabalho também revelou desafios estruturais e operacionais, como a subnotificação de surtos, a fragmentação das ações de investigação epidemiológica e a dependência de setores externos à saúde para a resolução de problemas relacionados ao saneamento básico. Esses entraves ressaltam a necessidade de fortalecimento da governança inter-setorial e do compromisso compartilhado com a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Dessa forma, iniciativas como a relatada devem ser mantidas e ampliadas, com a institucionalização de estratégias educativas e operacionais integradas, que respeitem as especificidades territoriais e promovam o protagonismo local. A construção de uma vigilância da qualidade da água mais efetiva exige não apenas ações técnicas pontuais, mas um processo contínuo de formação, articulação e fortalecimento do sistema de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 set 20.
2. Bevilacqua PD, et al. Vigilância da qualidade da água para consumo humano no âmbito municipal: contornos, desafios e possibilidades. Saúde Soc. 2014;23(2):467-83.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/situacao-de-saude/vigiagua>. Acesso: 22/07/2025
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Diretriz para atuação em situações de surtos de doenças e agravos de veiculação hídrica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – Brasília : Ministério da Saúde, 2018
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Saúde Ambiental e do Trabalhador. Nota Técnica DGVDSAT nº 03/2019. [recurso eletrônico] / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde: Recife, 2019
6. De Melo QCC et al.. Análise dos Indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) na Região TOPAMA. OLEL [Internet];21(7):7121-46.
7. Meisen MN, et al. Análise de correlação da ocorrência de doenças diarreicas agudas (DDA) com a qualidade da água para consumo humano no município de Pouso Redondo – SC. Rev Estud Ambient. 2011;13(2):57-67.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 212 p.
9. Faria LS, Bertolozzi MR. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010Sep;44(3):789–95.
10. Silva JB et al. Aspectos gerais e principais agentes biológicos envolvidos em surtos de doenças veiculadas por alimentos (DVA's): uma revisão. Observatorio de la Economía Latinoamericana. 2024;22(3):e3641. doi:10.55905/oelv22n3-051.

DENGUE NA I REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: PADRÃO ESPACIAL E IMPLICAÇÕES PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE (2012–2021)

Letícia Moreira Silva¹
Thobias Cavalcanti Laurindo Pereira²
Ana Cristina Pedrosa do Monte³
Erika Patrícia Santos Silva³
Maria de Fátima Pinto Ribeiro³

¹Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, Pernambuco

²Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira, Recife, Pernambuco

³I Gerência Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
VIGILÂNCIA
AMBIENTAL

INTRODUÇÃO

A dengue é uma arbovirose transmitida principalmente pelo *Aedes aegypti*, caracterizada por febre elevada, mialgias, exantema e, em casos graves, manifestações hemorrágicas. Presente em mais de 100 países, constitui atualmente um dos maiores desafios sanitários globais, sobretudo em regiões tropicais e subtropicais, onde condições climáticas e socioambientais favorecem a proliferação do vetor ¹. Estima-se que aproximadamente 6,5 milhões de casos de dengue tenham sido notificados no mundo em 2023, com mais de 7.300 mortes registradas².

Palavras-chave: Dengue, Análise espacial, Vigilância em Saúde.

As Américas concentraram cerca de 80% das infecções, sendo o Brasil o país com o maior número absoluto de casos – 2,9 milhões em 2023 – e com o maior impacto entre os países endêmicos ³.

No Brasil, a dengue é considerada um problema crônico de saúde pública, com ciclos epidêmicos recorrentes desde os anos 1980. O ano de 2024 registrou um aumento alarmante, com mais de 6,2 milhões de casos prováveis até a 26^a semana epidemiológica, configurando o maior surto já registrado no país ⁴. A alta incidência, a cocirculação de diferentes sorotipos e a introdução de novas variantes têm elevado o risco de formas graves da doença, pressionando os serviços de saúde e desafiando as estratégias de vigilância e controle ⁵. Mesmo diante dos avanços na vigilância entomológica e epidemiológica, a contenção da dengue é dificultada pela limitação de recursos, urbanização desordenada e complexidade territorial, sobretudo em grandes centros urbanos ⁶.

Nesse contexto, a análise espacial tem se destacado como uma ferramenta essencial para a compreensão da dinâmica territorial da dengue, permitindo a identificação de padrões geográficos, áreas de risco e aglomerados de casos. Essa abordagem possibilita subsidiar políticas públicas mais eficazes e adaptadas às especificidades locais, contribuindo para a redução da incidência e da mortalidade⁷. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar o padrão espacial dos casos prováveis de dengue nos municípios pertencentes à I Regional de Saúde do estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2021.

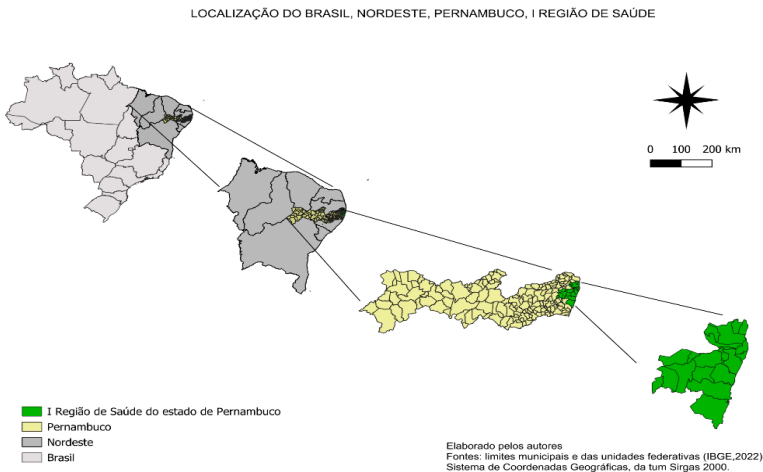
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo ecológico com abordagem quantitativa dos casos prováveis de dengue nos municípios da I Regional de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2012 a 2021. O estado de Pernambuco é localizado no

Nordeste do Brasil com uma população de 9.058.155 habitantes e área de 92,37km², dividido em 184 municípios e um distrito de Fernando de Noronha distribuídos em 12 Regiões de Saúde⁸.

A I Regional de Saúde do estado de Pernambuco (I GERES) abrange a maior parte da população do estado e envolve vinte municípios, sendo quatorze deles localizados na Região Metropolitana do Recife e quatro na Zona da Mata, incluindo ainda o Distrito Estadual de Fernando de Noronha⁹ (Figura 1).

Figura 1. Localização Geográfica da I Região de Saúde do estado de Pernambuco.



Fonte: Elaborado pelos autores

A taxa média da incidência de dengue por município de residência, no período de 2012 a 2021, foi calculada considerando como o numerador a média do total de casos de prováveis (número total de casos notificados menos o número total de casos descartados) de cada município nos dez anos e o denominador a população estimada no meio do período para cada município, o resultado expresso por 100 mil habitantes¹⁰. A população estimada no meio do período para cada município

foi obtida a partir da média da população dos anos de 2016 e 2017, coletadas no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As taxas médias da incidência foram categorizadas segundo o critério do Programa Nacional de Controle de Dengue em: baixa incidência (até 100 casos por 100 mil hab.); média incidência (101 a 299 casos por 100 mil hab.); e alta incidência (300 casos ou mais por 100 mil hab.)¹¹. Todos os municípios foram incluídos na análise, exceto o arquipélago de Fernando de Noronha, devido às diferentes condições ambientais e à dificuldade de visualização de padrões espaciais em mapas baseados em sua distância, além da influência relativa na incidência pelo tamanho da população.

Para a análise espacial, foi gerado um mapa temático a partir das taxas médias de incidência. Os mapas serão produzidos em ambiente SIG através do software QGIS Versão 3.10.6. Como base cartográfica, utilizamos as disponibilizadas pelo Instituto brasileiro de Geografia e Estatística na sessão de malhas digitais. Todas as bases foram manipuladas utilizando o Sistema de Referência Geocêntrico para as Américas – SIRGAS 2000.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) através do Datasus (TABNET). A tabulação dos dados foi realizada por meio do software Tabwin 32, do Microsoft Office Excel. Após a construção do banco de dados com as informações anuais, e a partir disso foi feita uma análise descritiva usando dados absolutos e porcentagens por meio de tabelas e/ou gráficos. Por utilizar dados de domínio público, o estudo não apresenta implicações éticas, não sendo necessária a submissão ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2012 a 2021, foram notificados 179.173 casos prováveis de dengue na I Regional de Saúde de Pernam-

buco, correspondendo a uma média anual de 17.917 casos e a uma taxa média de incidência de 429,6 por 100 mil habitantes. A evolução temporal revelou flutuações importantes (Tabela 1; gráfico 1). O ano de 2015 apresentou o maior número de casos (55.459), acompanhado do coeficiente de incidência mais elevado de toda a série, configurando um pico epidêmico. Em 2016, observou-se redução para 29.742 casos, seguida de um declínio ainda mais acentuado em 2017 e 2018, quando os registros foram os mais baixos do período analisado.

A partir de 2019, houve novo aumento, com 19.523 casos notificados, seguido de forte queda em 2020, ano marcado pela pandemia de COVID-19, que pode ter influenciado tanto a ocorrência real quanto a notificação dos casos. Em 2021, verificou-se nova elevação, alcançando 27.411 casos, o que evidencia a natureza cíclica da transmissão da dengue e a persistência do risco epidêmico na região. O padrão observado demonstra que, apesar da redução em determinados anos, a doença mantém elevada circulação, com tendências de recrudescimento em intervalos de três a quatro anos, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo.

Tabela 1. Descrição dos casos prováveis de dengue, média anual e incidência média segundo município de notificação por ano do início dos sintomas na Regional de Saúde de Pernambuco, 2012 - 2021

Nota: I* (incidência média anual)

Fonte: Elaborado pelos autores

Município de notificação	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Média anual de casos pro-váveis	Média da população (2016-2017)	I*	Classificação dos Municípios em Escore de Incidência
ABREU ELIMA	231	24	217	1.014	113	55	185	1.162	422	293	372	99.070	375,1	Alta Incidência
ARACOIABA	4	4	10	171	348	5	7	51	10	784	139	19.995	697,2	Alta Incidência
CABO DE SANTO AGOSTINHO	1.271	408	398	2.128	1.757	626	1.328	2.116	2.198	3.887	1612	202.227	797,1	Alta Incidência
CAMARAIGIBE	146	12	79	5.815	787	115	261	409	140	446	821	155.107	529,3	Alta Incidência
CHÁ DE ALEGRIA	1	3	2	55	11	3	13	25	5	95	21	13.245	160,8	Média Incidência
CHÁ GRANDE	28	28	4	298	65	17	24	90	13	53	62	21.401	289,7	Média Incidência
GLORIA DO GOITA	172	52	8	154	48	6	20	27	2	45	53	30.405	175,6	Média Incidência
IGARASSU	568	104	86	1.500	284	55	81	1.774	587	672	571	113.584	502,8	Alta Incidência
IPOUCA	702	63	37	429	373	5	49	231	30	144	206	92.480	223,1	Média Incidência
ILHA DE ITAMA-RACÁ	14	10	22	280	420	18	16	138	12	46	98	25.207	387,2	Alta Incidência
ITAPISSUMA	7	1	27	29	56	1	2	43	19	14	20	26.017	76,5	Baixa Incidência
JABOATÃO DOS GUARARAPES	1.358	692	785	6.577	4.091	203	798	4.838	3.403	8.488	3123	690.694	452,2	Alta Incidência
MORENO	56	203	53	1.170	971	10	136	138	87	426	325	61.486	528,6	Alta Incidência
OLINDA	1.424	394	497	3.716	1.766	593	578	1.425	639	1.286	1232	390.870	315,1	Alta Incidência
PAULISTA	637	300	453	2.247	1.168	237	400	1.271	1.454	1.421	959	325.157	294,9	Média Incidência
POMBOS	40	12	8	167	169	2	13	121	5	99	64	26.946	236,0	Média Incidência
RECIFE	11.298	2.040	1.597	27.605	14.682	963	1.216	4.701	1.662	7.539	7330	1.626.066	450,8	Alta Incidência
SÃO LOURENÇO DA MATÁ	79	37	40	480	1.094	50	270	654	200	225	313	111.069	281,7	Média Incidência
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	190	12	6	1.453	1.360	53	526	209	77	1.070	496	136.659	362,7	Alta Incidência
I REGIÃO DE SAÚDE	18.338	4.414	4.338	55.459	29.742	3.019	5.955	19.523	10.974	27.411	17.917	4.170.632	429,6	Alta Incidência

Gráfico 1. Casos prováveis e Taxa de Incidência dos casos prováveis de dengue na I Regional de Saúde de Pernambuco, 2012 - 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras

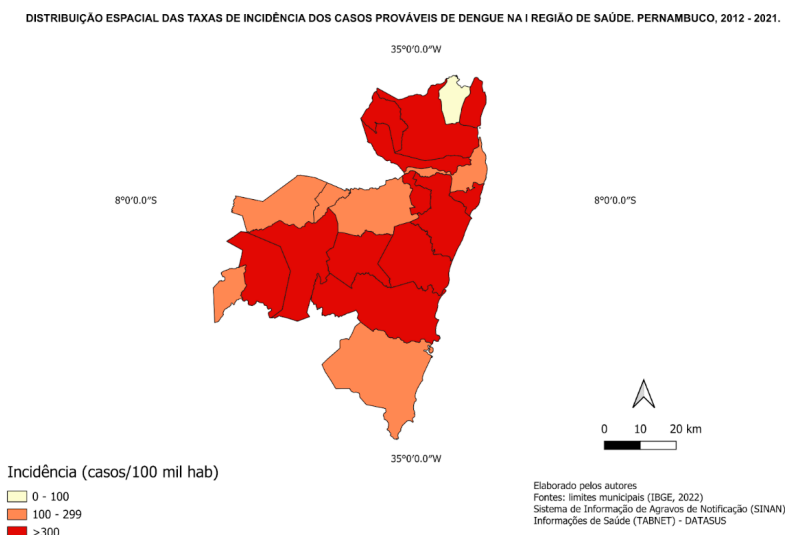
A distribuição espacial das taxas de incidência dos casos prováveis de dengue na I Região de Saúde de Pernambuco, no período analisado, evidencia uma marcada heterogeneidade na distribuição dos casos (Figura 2). Os resultados apontam áreas de alta transmissão, concentradas principalmente em municípios de maior densidade populacional e urbanização acelerada, como Recife, que apresentou o maior número absoluto de notificações (27.605 casos), com uma média anual de 4.450 registros e uma taxa de incidência de 450,8 casos/100 mil habitantes, sendo classificado como área de alta incidência.

Além da capital, outros municípios que também apresentaram elevadas taxas de incidência incluem Jaboatão, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Abreu e Lima, Araçoiaba, Camaragibe e Vitória de Santo Antão, com valores variando entre 375,1 e 797,1 casos/100 mil habitantes. Essas áreas, destacadas no mapa pelas tonalidades mais escuras, representam zonas prioritárias para ações intensivas de vigilância

epidemiológica e estratégias direcionadas de prevenção e controle.

Em contrapartida, municípios como Itapissuma apresentaram baixa incidência (20,6 casos/100 mil habitantes), refletindo padrões distintos de circulação viral e possíveis diferenças na dinâmica de transmissão, cobertura de serviços de saúde e adesão às medidas de prevenção. A distribuição espacial demonstra a existência de focos de maior risco intercalados por áreas de menor incidência, o que ressalta a necessidade de estratégias integradas de enfrentamento que considerem as especificidades territoriais, demográficas e socioambientais de cada município. Esses achados reforçam a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, do monitoramento contínuo dos casos e da ampliação das ações de controle vetorial, especialmente nos territórios classificados com alta e muito alta incidência.

Figura 2. Distribuição espacial das taxas médias de incidência dos casos prováveis de dengue na I Região de Saúde. Pernambuco, 2012 - 2021.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Conforme as análises do estudo, pode-se identificar a predominância de incidência de dengue na maioria dos municípios da I Região de Saúde e maior incidência naqueles que apresentam maior densidade populacional e desenvolvimento econômico.

Conforme observado na (Tabela 1), houve uma redução substancial de casos notificados para dengue na I Região de Saúde de Pernambuco em 2020, com relação ao ano anterior. Tal transição pode ser justificada pelo aumento de casos de COVID-19 e a consequente sobrecarga dos serviços de saúde diante da urgência da pandemia, refletindo na possível subnotificação de casos de dengue ¹². Portanto, considerando a subnotificação de casos em um período pandêmico, entende-se também que, houve um receio da procura de atendimento médico, restrição de acesso aos serviços de saúde e carência de recursos humanos para a vigilância em saúde, principalmente para a epidemiológica ¹³.

O estudo também destacou a heterogeneidade na distribuição geográfica da dengue, com municípios densamente povoados e economicamente desenvolvidos apresentando uma alta incidência da doença. Para Bezerra e Matos (2023) ¹⁴, a dengue é uma doença de grandes implicações em ambientes urbanos devido ao desarranjo dos centros urbanos e áreas periféricas, caracterizados fortemente pela deficiência de planejamento urbano nessas regiões. Dessa forma, a concentração de casos nesses locais ressalta a necessidade de ações de vigilância e controle direcionadas, a fim de combater a proliferação do mosquito vetor e mitigar os impactos da dengue na saúde pública.

Nessa perspectiva, é importante destacar o impacto da pandemia de COVID-19 nas ações voltadas para o controle vetorial da dengue, no qual os agentes comunitários de enfermias, responsáveis pela detecção, eliminação e destinação adequada de reservatórios do vetor, tiveram suas atividades limitadas devido às medidas de distanciamento social adotadas

pelo Ministério da Saúde para conter o avanço da pandemia. Assim, ações voltadas para o contato direto com a população foram reorganizadas, de modo que as visitas domiciliares realizadas pelos agentes fossem feitas ao redor da residência e não mais intradomiciliar ¹⁵.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

O estudo revelou uma variação significativa na incidência da doença ao longo dos anos, com momentos de aumento expressivo e queda, sendo que a redução de casos em 2020 coincidiu com o início da pandemia de COVID-19. Essa correlação ressalta a influência de fatores externos, como a sobrecarga dos sistemas de saúde e a priorização da resposta à pandemia, na notificação e no atendimento de casos de dengue. O estudo também reforça a importância contínua da vigilância epidemiológica, da educação pública e do controle rigoroso do mosquito vetor para mitigar a propagação da dengue.

O estudo do padrão espacial dos casos de dengue na I Regional de Saúde no estado de Pernambuco contribui significativamente para a identificação da magnitude e o comportamento histórico da doença. Os resultados podem aprimorar ações de vigilância em saúde e auxiliar nas tomadas de decisão através da priorização dos municípios e no fortalecimento das estratégias de controle e prevenção.

Diante disso, faz-se necessário maior dedicação para avaliar o controle e as ações da dengue, ainda, é fundamental reorganizar os serviços de saúde, estabelecer ações intersetoriais, bem como analisar as possíveis dificuldades encontradas, para assim, definir novas ações visando prevenção e combate da dengue. Além da responsabilidade gestão e dos profissionais de saúde, a população deve ser conscientizada da importância do seu papel no combate da proliferação.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Dengue: dados e estatísticas [Internet]. OPAS Brasil; 2023.
2. Statista. Key figures on dengue worldwide as of 2023 [Internet]. 2024.
3. Agência Brasil. Brasil é país com mais casos de dengue no mundo, mostra OMS [Internet]. 2023.
4. Associação Paulista de Medicina. Ministério da Saúde divulga novos dados da dengue e demais arboviroses. 2024.
5. Araújo VEM, Bezerra JMT, Freitas LRS, Carneiro M. Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):205–16. doi:10.1590/1980-5497201700050017
6. Santos JPC dos, Magalhães MAFM, Oliveira FAM, Lima BAR, Souza WV. ARBOALVO: estratificação territorial para definição de áreas de pronta resposta para vigilância e controle de arboviroses urbanas em tempo oportuno. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00110121. doi:10.1590/0102-311X00110121
7. Melo ACO de, Melo JC da S, Moraes R. Epidemiologia espacial e a detecção de aglomerados espaciais da dengue na Paraíba: uma comparação entre os métodos Scan flexível e Scan circular. *Cad Saúde Colet*. 2022;30:561–71. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/HGjB9yBPzHSxL5XLGngmNGB>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pernambuco [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
9. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. I Gerência Regional de Saúde. Mapa de saúde da I Região de Saúde de Pernambuco [Internet]. Recife: SES-PE; 2020. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_i_regiao_de_saude.pdf
10. Costa SDSB, Silva M, Almeida L, et al. Análise espacial de casos prováveis de infecções por dengue, febre chikungunya e vírus zika no Estado do Maranhão, Brasil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2018;60:e62.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa nacional de controle da dengue. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Leandro CS, Silva AM, Oliveira TS, et al. Redução da incidência de dengue no Brasil em 2020: controle ou subnotificação de casos por COVID-19? *Res Soc Dev*. 2020;9(11):e76891110442. doi:10.33448/rsd-v9i11.10442.

13. Mendes LGC, Silva AB, Souza FM, et al. Taxa de incidência de dengue nos municípios da I GERES de Pernambuco entre 2019 e 2020. In: Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2021; Fortaleza. Campinas: Galoá; 2021.
14. BEZERRA, T. M.; MATOS, C. C. Dengue no Brasil: fatores socioambientais associados a prevalência de casos. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v.27, n.5, p.2685-2698, 2023. doi.org/10.25110/arqsaude.v27i5.2023-035.
15. Bezerra TM, Matos CC. Dengue no Brasil: fatores socioambientais associados a prevalência de casos. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2023;27(5):2685-2698. doi:10.25110/arqsaude.v27i5.2023-035.

UMA DÉCADA DE VIGILÂNCIA DA SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA (SCZ) EM PERNAMBUCO (2015–2025)

Bárbara Cristina Alves da Silva, Bárbara Morgana da Silva

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco,
Recife, Pernambuco

TEMA 2
VIGILÂNCIA
AMBIENTAL

INTRODUÇÃO

Em outubro de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) foi comunicada sobre o aumento inusitado de casos de microcefalia em recém-nascidos, totalizando 29 notificações em crianças nascidas a partir de agosto do mesmo ano¹. Diante do aumento incomum da ocorrência dessa malformação congênita, foi levantada a hipótese de associação com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação, uma vez que esse agente infeccioso havia sido introduzido no país recentemente, sendo o Brasil um dos primeiros países a confrontar essa possível relação². Essa hipótese foi, posteriormente, confirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que classificou o evento como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)³.

Palavras-chave: Zika vírus; Síndrome Congênita Zika, Vigilância Epidemiológica

A detecção precoce desses casos colocou Pernambuco na vanguarda da vigilância da Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus Zika (SCZ) no Brasil. Em novembro de 2015, outros estados começaram a relatar casos semelhantes, com disseminação por outras unidades federativas, sobretudo na Região Nordeste. Atualmente, todos os estados brasileiros possuem registros de casos confirmados, tanto de microcefalia quanto de outras alterações neurológicas sugestivas de infecção congênita⁴.

A SCZ refere-se a um espectro de alterações clínicas observadas em fetos e recém-nascidos expostos ao vírus Zika durante a gestação⁵. Estudos apontam que fatores como carga viral, momento da infecção intrauterina, resposta imunológica do hospedeiro, coinfeções e fatores ambientais podem influenciar na gravidade das manifestações. Como outras infecções congênitas, a SCZ exige vigilância constante e um olhar atento sobre os possíveis desdobramentos tardios⁶.

Esse fenômeno marcou uma virada no cenário epidemiológico das malformações congênitas, exigindo uma resposta coordenada dos serviços de saúde e da vigilância epidemiológica.

A notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública constitui um instrumento essencial para a vigilância em saúde, subsidiando a tomada de decisões estratégicas por parte do poder público e contribuindo diretamente para a formulação e o aprimoramento de políticas públicas. A inclusão da SCZ na Lista Nacional de Notificação Compulsória, oficializada pela Portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022⁷, reforçou a importância da vigilância epidemiológica no registro e monitoramento desses casos em todo o território nacional. Essa medida consolidou o compromisso do sistema de saúde em acompanhar a evolução da SCZ e apoiar ações voltadas às crianças e famílias afetadas, mesmo após uma década da epidemia.

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar as atividades e aprendizados vivenciados pela Vigilância

Epidemiológica SCZ no estado de Pernambuco ao longo da última década.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ao longo dos anos, a simples presença de microcefalia não se mostrou suficiente para diagnosticar a SCZ, exigindo a ampliação do conceito para incluir crianças com perímetro cefálico normal, mas com alterações neurológicas compatíveis com infecção congênita⁸.

- Reconhecendo essa complexidade, Pernambuco estruturou um modelo robusto de vigilância, com forte articulação entre Vigilância Epidemiológica, Atenção à Saúde, Academia e Instituições não governamentais. A atuação técnica incluiu:

- Monitoramento dos casos notificados;
- Elaboração de materiais técnicos (notas, diretrizes, informes, boletins epidemiológicos);
- Colaboração com o Ministério da Saúde na construção de normativas, como o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolos técnicos;
- Apoio técnico a outros estados;

Participação ativa em fóruns e discussões intersetoriais;

Parcerias com organizações não governamentais para fortalecimento da Rede de Atenção;

Apoio técnico para ampliação e estruturação da Rede de atendimento a essas crianças em Pernambuco.

Essa atuação consolidou Pernambuco como referência nacional na vigilância da SCZ, contribuindo para o avanço no conhecimento sobre a síndrome e na resposta institucional.

O monitoramento realizado pela vigilância epidemiológica em Pernambuco revelou que a maior concentração de notificações ocorreu na terceira semana epidemiológica de novembro de 2015, totalizando 197 casos. O período crítico da emergência (2015–2016) concentrou a maioria dos registros, com 2.235

notificações (70,4%) e 424 confirmações (90,2%) em toda a série histórica.

Entre agosto de 2015 e agosto de 2025, Pernambuco notificou 3.173 casos suspeitos de SCZ. Destes, 470 (14,9%) foram confirmados, 2.412 (76,0%) descartados, 233 (7,3%) permanecem inconclusivos e 58 (1,8%) ainda estão em investigação. A análise dos casos notificados no estado revelou predominância do sexo feminino (60,8%). Além disso, 89,5% das notificações foram em recém-nascidos com ≤ 28 dias e 30,1% apresentaram microcefalia. A microcefalia severa foi observada em 21,3% dos casos.

No estado, foram registrados 321 óbitos suspeitos de SCZ. A maioria foi de crianças com mais de um ano de idade (23,1%), 20,2% de óbitos fetais/natimortos, 36,8% de óbitos neonatais e 19,9% óbitos no período pós-neonatal. Do total de óbitos, 236 foram discutidos pelo Grupo Técnico de Óbito Infantil da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária de Pernambuco - SEVSAP/SES-PE. Quarenta foram confirmados como decorrentes de SCZ. A única região sem óbito confirmado foi a X Região de Saúde. O último óbito confirmado ocorreu em 2022 (de uma criança nascida em 2017).

Embora os casos de SCZ tenham diminuído após o fim da ESPII, em 2017, a circulação do vírus Zika ainda é detectada em Pernambuco. Isso reforça a necessidade de manter a vigilância ativa e fortalecer as ações intersetoriais nos diversos níveis do SUS.

A área técnica de Vigilância da SCZ realiza o monitoramento contínuo dos casos e dos indicadores relacionados à síndrome, buscando identificar fragilidades e orientar a gestão estadual e municipal.

Com base na experiência acumulada e no trabalho sistemático desenvolvido ao longo dos anos, a Vigilância Epidemiológica do estado, com o compromisso de assegurar a continuidade das ações e a qualificação permanente dos processos de

trabalho, apresenta um conjunto de recomendações destinadas às instâncias regionais, municipais e hospitalares de vigilância epidemiológica. Essas orientações visam fortalecer as práticas de vigilância em saúde, aprimorar a capacidade de resposta frente aos agravos e consolidar avanços institucionais alcançados no decorrer do tempo:

Vigilância Epidemiológica

- Manter a notificação obrigatória e a investigação de casos suspeitos;
- Realizar busca ativa de gestantes com exantema e recém-nascidos com sinais compatíveis;
- Integrar ações com as vigilâncias de arboviroses, infecções congênicas (sífilis, toxoplasmose, rubéola) e rede laboratorial.

Qualidade da Informação

- Qualificar os registros nos sistemas Sinasc e SIM;
- Utilizar corretamente o código P35.4 (doença congênita do vírus Zika) para causas de morte relacionadas à SCZ.

Assistência à Saúde

- Garantir o cuidado integral e longitudinal às crianças afetadas, desde a Atenção Primária até os serviços especializados de reabilitação;
- Estruturar linhas de cuidado para crianças com necessidades especiais.

Investigações Etiológicas

- Coletar amostras laboratoriais de gestantes e recém-nascidos suspeitos;
- Investigar antecedentes familiares, uso de substâncias químicas e achados clínico-radiológicos.

Educação em Saúde e Formação Profissional

- Promover ações de educação em saúde voltadas à população, especialmente gestantes;
- Atualizar continuamente os profissionais de saúde sobre vigilância, diagnóstico, manejo e reabilitação da SCZ.

Monitoramento e Gestão

- Acompanhar indicadores de processo e resultado.
- Identificar fragilidades nos territórios e apoiar a tomada de decisão baseada em evidências.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A emergência da SCZ no Brasil revelou não apenas os impactos devastadores da infecção pelo vírus Zika durante a gestação, mas também as limitações dos sistemas de saúde frente a eventos emergentes. A experiência de Pernambuco na vigilância da SCZ, ao longo dos últimos 10 anos, demonstra a importância da resposta rápida, da articulação intersetorial e da construção de redes de cuidado integradas.

A vigilância da SCZ permanece como uma necessidade estratégica para o estado e para o país. A complexidade da síndrome, somada às incertezas sobre seus desdobramentos clínicos tardios, exige a manutenção da vigilância ativa, o fortalecimento da rede assistencial e o investimento contínuo em pesquisa e políticas públicas.

É imperativo que o Sistema Único de Saúde (SUS) continue mobilizado para garantir o cuidado integral às crianças e famílias afetadas, atuando também na prevenção de novas infecções e no fortalecimento da capacidade de resposta a futuras emergências em saúde pública.

A trajetória construída em Pernambuco, pioneira no enfrentamento da SCZ, permanece como referência Nacional e reforça o papel do SUS na proteção da saúde coletiva frente a emergências sanitárias.

REFERÊNCIAS

1. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco. Versão N° 02. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2015a. 42p. Disponível em: https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_f8bf59781b39477289c57c75e94a40cf.pdf
2. Schuler-Faccini, L. et al.* Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. MMWR Morb. Mortal. Wkly, v. 65, n. 3, p. 59-62, jan. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6503e2>. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e2.htm>
3. Oliveira, W. K. et al. Microcefalia relacionada à infecção após os surtos de Zika de 2015 e 2016 no Brasil: uma análise baseada em vigilância. The Lancet, Londres, v. 390, n. 10097, p. 861-870, ago. 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31368-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31368-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31368-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31368-5/fulltext)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Situação epidemiológica da síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: Brasil, 2015 a 2023. Boletim Epidemiológico 2024;55(5):1-16. Disponível em <http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/boletim-epidemiologico-SV-SA-05-2024.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 158 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_integradas_vigilancia_atencao_emergencia_saude_publica.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde : volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 420, de 2 de março de 2022 [Internet], inclui a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Ministério da Saúde. 2022. Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>
8. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos, Vigilância das Síndromes Congênitas e Neurológicas Relacionadas às Arboviroses. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco Pernambuco: Secretaria de Saúde, 2017 43 p. .:(Série A – Normas e Manuais Técnicos)

GESTÃO DA QUALIDADE COMO INSTRUMENTO ESTRATÉGICO PARA A MELHORIA DOS PROCESSOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM PERNAMBUCO

Rafaella de Andrade Silva Cavalcanti
Rafael Mota Mendonça
Romildo Siqueira de Assunção
Marcelle Luana Carneiro Lemos
Karla Freire Baeta

Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária,
Recife, Pernambuco

TEMA 3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

INTRODUÇÃO

A gestão da qualidade na administração pública visa otimizar os processos, garantir a eficiência dos serviços prestados à sociedade e promover a transparência e a responsabilidade na gestão dos recursos públicos. Ela envolve a adoção de práticas sistemáticas de planejamento, controle e melhoria contínua. Com isso, busca-se uma cultura organizacional voltada para resultados, com foco na satisfação do cidadão-usuário dos serviços públicos¹.

Na vigilância sanitária, a gestão da qualidade é fundamental para assegurar que as ações

Palavras-chave: Gestão da Qualidade. Vigilância Sanitária. Serviços Públicos de Saúde. Processos de Trabalho. Padronização.

regulatórias e fiscalizatórias ocorram de forma eficaz, segura e padronizada. Isso inclui a implementação de protocolos técnicos, o monitoramento de indicadores de desempenho e a capacitação contínua dos profissionais. A qualidade na vigilância sanitária garante que os produtos e serviços sob controle sanitário estejam de acordo com as normas estabelecidas, protegendo a saúde da população e promovendo a confiança nos serviços públicos de saúde².

A gestão da qualidade aplicada aos processos de trabalho da vigilância sanitária permite a identificação e correção de falhas operacionais, promovendo maior agilidade e precisão nas inspeções, análises e decisões técnicas. Por meio do mapeamento de processos, uso de indicadores e avaliação contínua, é possível padronizar rotinas, reduzir retrabalhos e garantir maior conformidade com os regulamentos sanitários. Essa abordagem favorece a tomada de decisões baseadas em evidências, o que reforça a credibilidade e a efetividade da vigilância sanitária perante a sociedade².

Além disso, a gestão da qualidade fomenta a integração entre setores e níveis de atuação dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)^{3,4}, promovendo uma comunicação mais eficiente e uma atuação coordenada. O uso de ferramentas como auditorias internas, análise de risco e avaliação de desempenho fortalece a cultura da melhoria contínua. Como resultado, a vigilância sanitária torna-se mais proativa, prevenindo riscos à saúde pública e contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo⁵. Dessa forma, o presente estudo objetivou apresentar um relato de experiência sobre a aplicação da gestão da qualidade na melhoria dos processos de trabalho da vigilância sanitária.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O tema “Gestão da Qualidade” assumiu notoriedade com o movimento internacional da Organização Mundial da Saúde

(OMS), que orienta a implantação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) eficazes, que permitam atender consistentemente aos padrões e requisitos estatutários e regulamentares e às expectativas dos clientes-cidadãos, preconizados pela Organização Internacional de Padronização (ISO) na sua Norma ISO 9001^{6,7}, na disponibilização de produtos sujeitos à regulação sanitária.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 560, de 30 de agosto de 2021⁴, que trata da organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), estabelece no Art. 2º que:

VI - A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade é requisito estruturante para qualificação das ações de vigilância sanitária exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Visando a conformidade com as orientações, regulamentações e padrões estabelecidos em âmbito nacional e internacional, voltadas à implantação eficiente e eficaz de SGQ foi elaborada a: “Normas e Fluxos Institucionais da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – Apevisa: Instrução Técnica”, documento destinado à sistematização dos principais procedimentos internos da Apevisa⁸, agência criada como Unidade Técnica em de 20 de julho de 2006, pela Lei nº 13.077, com vistas à padronização, qualificação e rastreabilidade das ações técnico-administrativas.

Foram revogadas todas as orientações, fluxos e processos anteriormente em utilização pelos profissionais da Apevisa e realizadas reuniões para apresentação dos novos processos, cuja observância será obrigatória para o nível central e todas as unidades regionais da Apevisa.

Foram abordados conceitos fundamentais relacionados ao fluxo de informações e aos tipos de documentos utilizados,

garantindo maior eficiência na gestão administrativa e operacional. Foram disponibilizados instrumentos como a estrutura organizacional no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), lista atualizada de contatos institucionais, modelos de folha de ponto, boletim de frequência, requerimentos de afastamento, atas de registro de reuniões internas e externas, bem como declarações de dispensa de licenciamento sanitário e declarações específicas para regulados.

Além disso, foram construídos fluxos detalhados para diversas atividades institucionais, abrangendo desde o atendimento às demandas de órgãos externos e manifestações da Ouvidoria, até a comunicação com regulados, solicitações administrativas e financeiras, gestão de pessoas e atos de afastamento. Outros fluxos contemplam a solicitação de diárias, emissão de notas técnicas, organização e registro de reuniões institucionais, execução de ações conjuntas, comunicação de evento de massa para a Apevisa, apoio policial, celebração de termos de compromisso, demandas externas de comunicação e publicidade institucional e dispensa de licenciamento sanitário.

Além da Instrução Técnica, foram disponibilizados os modelos e documentos padronizados correspondentes, que devem ser utilizados no cumprimento dos fluxos institucionais. Para facilitar o acesso, foi criada uma pasta compartilhada contendo todos esses arquivos, a qual deverá ser consultada sempre que necessário.

A qualificação das ações de vigilância sanitária, mediante a incorporação de um conjunto de instrumentos que contribuem para o aprimoramento dos processos de trabalho^{9, 10}, é fundamental para assegurar a eficiência, a transparência e a conformidade institucional. A elaboração da Instrução Técnica possibilitou o estabelecimento de diretrizes claras para o fluxo de informações que circulam na Agência, garantindo a rastreabilidade, a adequada tramitação e o correto encaminhamento das demandas recebidas.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A Instrução Técnica representa um marco para a Apevisa ao formalizar procedimentos, atribuir responsabilidades e fortalecer o controle interno. Com essa padronização, a instituição passa a operar com maior eficiência, previsibilidade e transparência, o que favorece auditorias, capacitação de equipes e incremento da qualidade dos serviços.

A centralização dos documentos e fluxos em uma pasta compartilhada facilita o acesso e garante que todos os colaboradores trabalhem com a mesma base, fortalecendo a uniformidade operacional. Além disso, ao revogar processos obsoletos e instituir encontros explicativos, promove-se maior aderência e compreensão, contribuindo para um ambiente de melhoria contínua. Por fim, ao estabelecer clareza sobre prazos, responsáveis e atualizações, assegura-se que este volume técnico-institucional seja dinâmico, eficaz e sustentável ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Guia de gestão da qualidade no setor público: Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GesPública. Brasília: MPOG; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da qualidade em vigilância sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; 2013.
3. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 Jan 26.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Nº 560, de 30 de agosto de 2021. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. Diário Oficial da União. 2021 AGO 30.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: responsabilidades e estrutura

- organizacional [Internet]. Brasília: Anvisa; [citado 2025 jul 7]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa>
6. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO 9001:2015 – Sistema de Gestão da Qualidade: Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT; 2015.
 7. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO 18091:2014 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Diretrizes para a Aplicação da ABNT NBR ISO 9001:2008 em Prefeituras. Rio de Janeiro: ABNT; 2008.
 8. Pernambuco. Lei nº 13.077, de 20 de julho de 2006. Cria a Unidade Técnica Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – APEVISA, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Recife, PE; 21 jul 2006.
 9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Avaliação das Ações de Vigilância Sanitária: uma proposta teórico-metodológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
 10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Guia para Implementação de Sistema de Gestão da Qualidade no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - 2ª edição [Internet]. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/sistema-nacional-de-vigilancia-sanitaria/publicacoes-de-projetos/guia-para-implantacao-de-sistema-de-gestao-da-qualidade-sgq-em-unidades-do-sistema-nacional-de-vigilancia-sanitaria-snvs-1/view>.

NOTIFICAÇÕES DE EVENTOS ADVERSOS E QUEIXAS TÉCNICAS DOS PRODUTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM PERNAMBUCO

Manoel Marcelino de Lima Filho¹

Ailton César dos Santos Vieira¹

Glaucy Beatriz Rodrigues Cavalcante²

Luanna Kattaryna Penha de Araújo¹

Karla Freire Baeta¹

¹Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária,
Recife, Pernambuco

²Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Lagoa de Itaenga,
Lagoa de Itaenga, Pernambuco

TEMA 3
VIGILÂNCIA
SANITÁRIA

INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária é essencial para a proteção da saúde pública, garantindo a segurança e eficácia de produtos e serviços. Nesse contexto, a notificação de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) é crucial para identificar problemas e acionar ações corretivas. No Brasil, o NOTIVISA é o principal canal de notificação, coordenado pela ANVISA⁹.

Um EA é qualquer acontecimento médico adverso que pode ou não estar diretamente ligado ao uso de um produto sob vigilância sanitária. Já uma QT se refere a qualquer desvio

Palavras-chave: Evento Adverso. Notificação. Queixa Técnica. Vigilância Sanitária.

de qualidade, alteração ou irregularidade em um produto que afete sua segurança, eficácia ou performance. A notificação proativa desses incidentes por profissionais da saúde, empresas e cidadãos permite que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) monitore a segurança pós-comercialização, detecte tendências e aplique medidas regulatórias¹⁴.

O SNVS atua em três níveis: federal (ANVISA), estadual e municipal. Em Pernambuco, a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), ligada à Secretaria de Saúde do Estado (SES-PE), é o órgão estadual. A APEVISA, enquanto vigilância sanitária estadual, tem as funções de monitorar as notificações, investigação e avaliação local, comunicação e articulação com outros entes, ações de intervenção e educação, e gestão de cadastros no NOTIVISA¹.

O objetivo deste trabalho é analisar retrospectivamente as notificações de EA e QT de produtos sob vigilância sanitária em Pernambuco. A ideia é identificar padrões, tendências e áreas críticas que exijam intervenção para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos produtos no estado.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo retrospectivo terá como fonte de dados as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas a produtos sujeitos à vigilância sanitária registradas no sistema NOTIVISA (Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária) no estado de Pernambuco. O período de análise abrangerá os anos de 2017 a 2023, permitindo a identificação de padrões e tendências recentes.

Tipo de Estudo e Desenho

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. O desenho do estudo permitirá a análise de dados secundários já existentes,

sem a necessidade de intervenção direta ou coleta de informações novas junto aos notificadores. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos para facilitar a visualização e interpretação.

População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi composta pelas notificações de EA e QT de produtos sob vigilância sanitária (medicamento, vacina e imunoglobulina, artigo médico-hospitalar, equipamento médico-hospitalar, kit reagente para diagnóstico in vitro, cosmético, uso de sangue ou componente, saneante) originadas e registradas no estado de Pernambuco no período estabelecido, conforme classificação do NOTIVISA na área “Produto Motivo da Notificação”. A amostra corresponde a totalidade dessas notificações disponíveis no NOTIVISA que atendam aos critérios de inclusão definidos.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas todas as notificações de EA e QT dos produtos sujeitos à vigilância sanitária medicamento, vacina e imunoglobulina, artigo médico-hospitalar, equipamento médico-hospitalar, kit reagente para diagnóstico in vitro, cosmético, uso de sangue ou componente, saneante, com origem em Pernambuco e registradas no NOTIVISA entre 1º de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2023.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de acesso autorizado ao sistema NOTIVISA, seguindo as diretrizes de segurança e confidencialidade da ANVISA. As informações foram extraídas da área “Gerenciar Notificações” do NOTIVISA e organizadas em planilha eletrônica (ex: Microsoft Excel ou similar), foram abordadas as variáveis relevantes como:

- **Dados da Notificação:** Ano da notificação, tipo de notificação (EA ou QT), data da notificação, notificador e local da notificação.
- **Dados do Produto:** Tipo de produto (ex: medicamento, vacina e imunoglobulina, artigo médico-hospitalar, equipamento médico-hospitalar, kit reagente para diagnóstico in vitro, cosmético, uso de sangue ou componente, saneante).
- **Dados do Evento/Queixa:** situação da notificação.

Aspectos Éticos

Por se tratar de análise de dados secundários, sem identificação direta dos indivíduos notificadores ou pacientes, este estudo não foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de uma instituição devidamente credenciada. A confidencialidade e o anonimato dos dados serão rigorosamente mantidos.

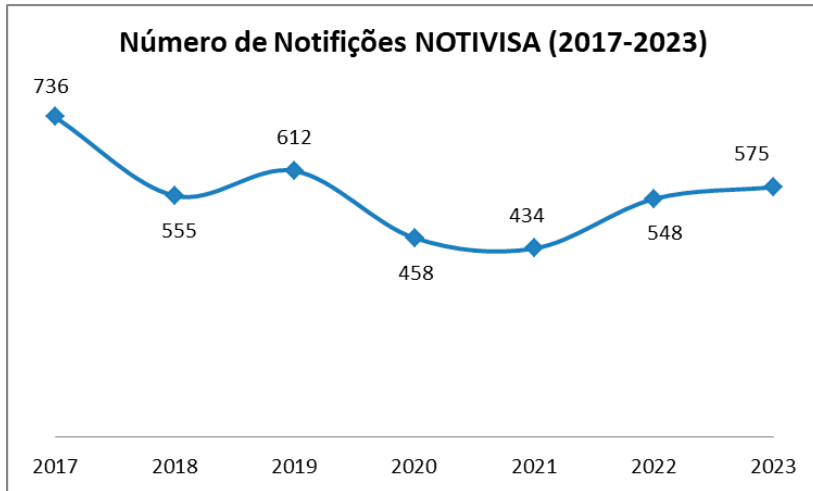
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho apresenta uma análise dos dados de notificações de produtos sujeitos à vigilância sanitária, extraídos do sistema NOTIVISA, referentes ao período de 2017 a 2023, com foco nas notificações originadas no estado de Pernambuco. Durante o período analisado (2017-2023), foi observado um volume significativo de notificações de eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a produtos sujeitos à vigilância sanitária em Pernambuco. A plataforma NOTIVISA, ferramenta essencial da ANVISA para monitoramento pós-comercialização, permitiu identificar tendências e áreas de maior incidência de problemas.

O total de notificações (3.918) registradas por Pernambuco entre 2017 e 2023 demonstrou uma variação anual, com picos em determinados anos e quedas em outros, conforme Figura 1. Com relação à evolução do número de notificações ao longo do

período analisado, percebe-se uma tendência de declínio entre 2020 e 2021, anos com menores números de notificações; já a partir de 2022 houve um aumento dos números de notificações (Figura 1).

Figura 1. Evolução do número de notificações no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco.



Fonte: NOTIVISA, 2025.

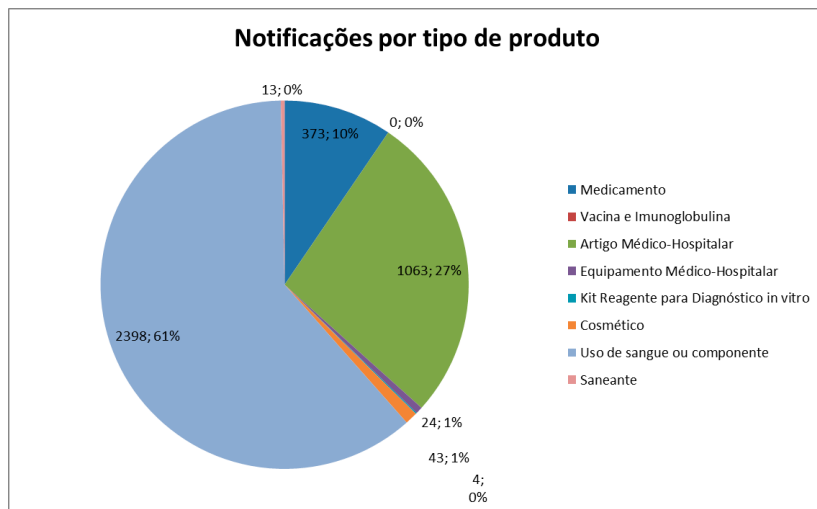
As 3.918 notificações registradas no NOTIVISA em Pernambuco entre 2017 e 2023 mostram uma variação anual significativa, com uma média de 559,71 notificações por ano. Essa flutuação é influenciada por múltiplos fatores, como campanhas de conscientização, mudanças nos fluxos de notificação e a repercussão de eventos adversos⁷.

Houve um declínio notável nas notificações entre 2020 e 2021, o que pode ser atribuído à pandemia de COVID-19. Durante esse período, a sobrecarga do sistema de saúde e a priorização do combate à pandemia provavelmente levaram a uma subnotificação de outros eventos adversos, com profissionais sendo realocados e procedimentos de rotina reduzidos⁸. A

partir de 2022, o número de notificações aumentou novamente, indicando uma retomada das atividades de saúde e vigilância sanitária à medida que a pandemia se estabilizava. Em resumo, a análise desses dados reflete a interação entre a vigilância sanitária, os serviços de saúde e o contexto social, sendo crucial para o planejamento de estratégias de segurança sanitária em Pernambuco.

Conforme descrito na Tabela 1, para o período 2017-2023, foram reportadas um total de 3.918 notificações em Pernambuco, com ênfase naquelas envolvendo “uso de sangue e componentes” (2.398), “artigo médico-hospitalar” (1063) e medicamentos (373), que juntas representaram 97,85% do total notificado. Além disso, os produtos “Artigo Médico-Hospitalar”, “Equipamento Médico-Hospitalar” e “Kit Reagente para Diagnóstico in vitro” juntos formam a classe de produtos para saúde, que tiveram um total de 1.091 notificações, que juntas representaram 27,85% do total notificado (Figura 2).

Figura 2. Número de notificações por produto no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco.

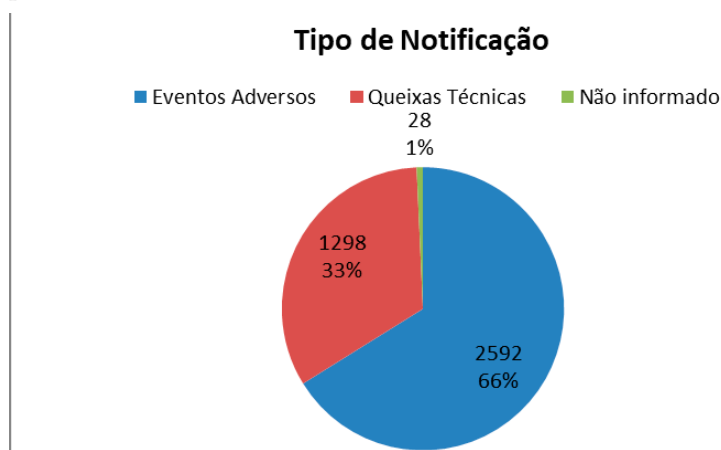


Fonte: NOTIVISA, 2025.

A análise das 3.918 notificações registradas em Pernambuco no período de 2017 a 2023 revela uma clara predominância de certas categorias de produtos, que juntas somam quase a totalidade dos relatos. É notável que “uso de sangue e componentes” foi, de longe, a categoria mais reportada, seguida por “artigo médico-hospitalar” e medicamentos. Isso sugere que os maiores desafios ou a maior sensibilidade para notificação em Pernambuco estão concentrados nesses setores. A alta incidência de notificações relacionadas a sangue e seus componentes refletem a complexidade e os riscos inerentes a essas terapias, bem como um sistema de hemovigilância ativo e eficaz⁴, que Pernambuco dispõe atualmente. Adicionalmente, as classes de produtos para saúde e medicamentos apresentam volume considerável de notificações, observa-se uma relevância inegável dessas classes de produtos, indicando a necessidade de constante vigilância sobre sua segurança e desempenho através da Farmacovigilância e Tecnovigilância³, vigilâncias que ainda são um desafio para Pernambuco, mas que está sendo implantadas.

No que tange ao tipo de notificação, percebe-se uma predominância daquelas ligadas a eventos adversos (66%), enquanto as queixas técnicas foram responsáveis por 33% do total notificado, para o período considerado (Figura 2). Esse perfil de maior concentração de notificações de eventos adversos se dá principalmente ao volume de notificações de produtos “uso de sangue ou componente”, onde as 2.398 notificações de “uso de sangue ou componente” (Figura 3) foram de eventos adversos.

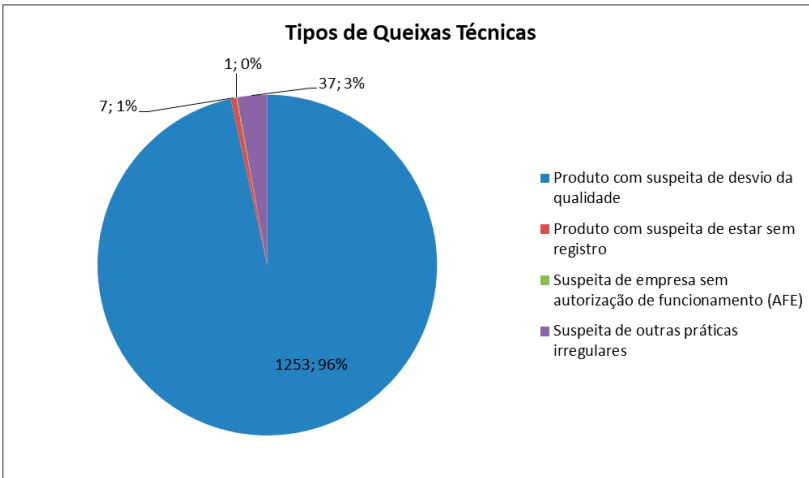
Figura 3. Distribuição de notificações por natureza no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco.



Fonte: NOTIVISA, 2025.

Das 1.298 notificações de queixas técnicas registradas em Pernambuco no período de 2017-2023 estão atribuídas aos produtos sujeitos à vigilância sanitária (medicamentos, vacinas e imunoglobulinas, produtos para saúde, cosméticos e saneantes). Dentre as principais queixas técnicas, foram observados que se destacam “Produto com suspeita de desvio da qualidade” com 1.253 notificações e “Suspeita de outras práticas irregulares” com 37 notificações, juntas representam 99,3% dos tipos de queixas técnicas (Figura 4).

Figura 4 - Número de notificações por tipo de queixa técnica no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco.



Fonte: NOTIVISA, 2025.

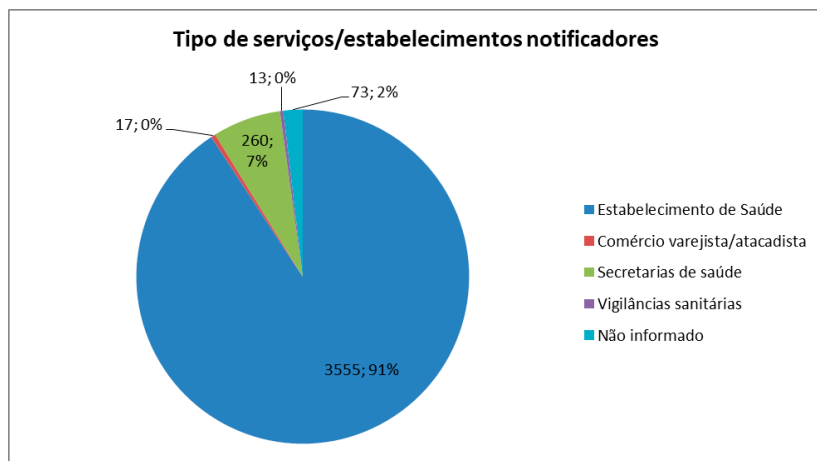
A predominância de eventos adversos impulsionada pelo “uso de sangue e componentes” destaca a criticidade da hemo-vigilância dentro do panorama geral da vigilância sanitária em Pernambuco, sendo altamente eficaz na detecção e registro de reações indesejadas que ocorrem durante ou após a transfusão de sangue e seus derivados. A natureza dessas terapias, que envolvem material biológico e riscos intrínsecos como reações transfusionais agudas ou tardias, incompatibilidades e transmissões de infecções, naturalmente gera um alto número de eventos adversos¹².

Por outro lado, as queixas técnicas, que correspondem a problemas de qualidade, desvio de especificação ou defeitos em produtos (e não reações diretas no paciente), representam um terço do total. Embora menor que os eventos adversos, esse volume ainda é relevante e indica que a vigilância de produtos para a saúde e medicamentos é de grande importância para a identificação de falhas relacionadas à fabricação, armazenamento

ou distribuição. As notificações de queixas técnicas continuam sendo um pilar fundamental para a garantia da qualidade dos produtos sujeitos à vigilância sanitária¹⁰.

A maioria das notificações são oriundas de estabelecimentos de saúde, os quais foram responsáveis por 3.555 notificações, representando 90,7% do total de notificações (Figura 5). Nessa seara, é importante destacar que em 73 notificações o campo “local de ocorrência” não foi informado, o que dificulta o processo de investigação pelo SNVS e, portanto, se coloca como uma oportunidade de qualificação do processo de notificação.

Figura 5. Número de notificações por tipo de serviços/estabelecimentos notificadores no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco.

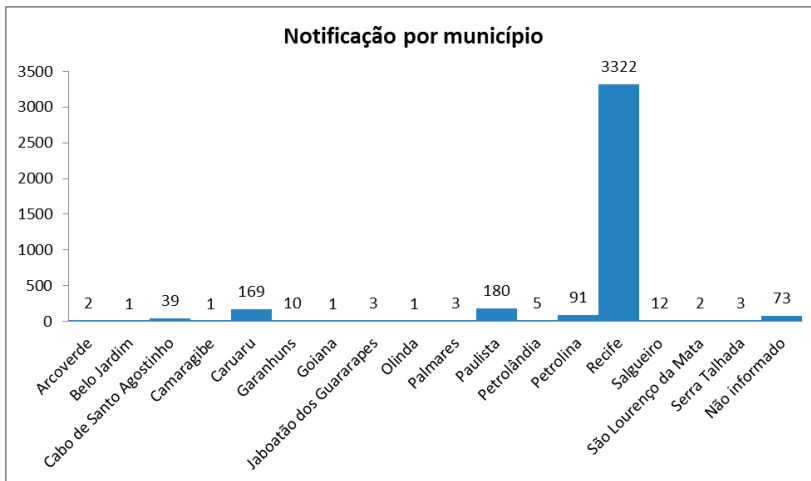


Fonte: NOTIVISA, 2025.

A concentração das notificações em estabelecimentos de saúde é um reflexo esperado, pois é nesse ambiente que a maioria dos medicamentos, produtos para saúde e hemocomponentes são utilizados, e onde os profissionais de saúde estão capacitados e mais propensos a identificar e registrar eventos. Isso reforça a importância de manter e aprimorar a cultura de segurança do paciente e a vigilância ativa dentro dessas instituições¹¹.

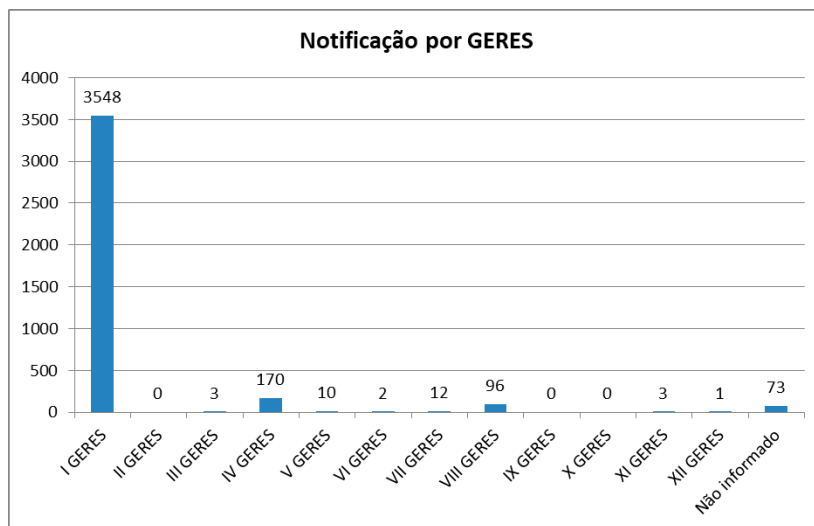
As maiores concentrações de notificações foram identificadas em Recife (3.322) e Paulista (180), ambas as cidades localizadas na região metropolitana, e Caruaru (169), juntas representam 93,7% das principais cidades (Figura 6). Em relação a gestão em saúde, os municípios pernambucanos são divididos em 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES). Desta forma, avaliamos a distribuição das notificações também por GERES, onde foram identificadas na I GERES (3.548), IV GERES (170) e VIII GERES (96), juntas representam 97,3% das principais GERES (Figura 7). É importante destacar que nesses indicadores 73 notificações também não foram informadas os municípios onde os serviços/estabelecimentos notificadores estão localizados.

Figura 6. Número de notificações no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco distribuídas por município onde os serviços/estabelecimentos notificadores estão localizados.



Fonte: NOTIVISA, 2025.

Figura 7. Número de notificações no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco distribuídas por Gerências Regionais de Saúde (GERES) onde os serviços/estabelecimentos notificadores estão localizados.



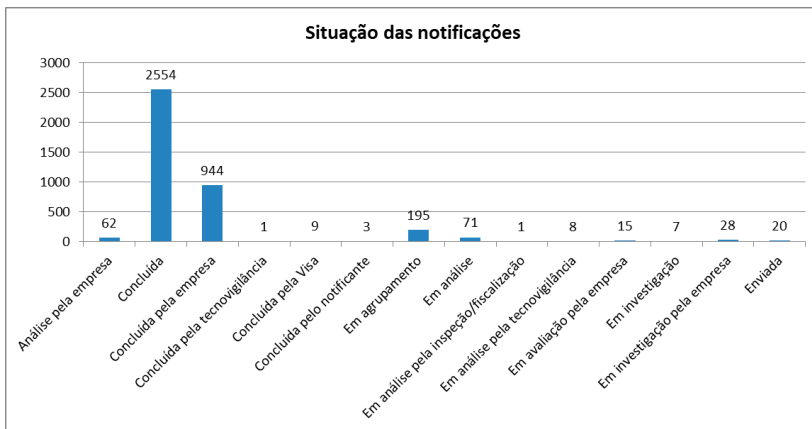
Fonte: NOTIVISA, 2025.

A distribuição municipal das notificações é um indicador crucial para compreender a capilaridade e a efetividade da vigilância sanitária em diferentes regiões do estado. Ela permite identificar as áreas com maior volume de relatos, o que pode estar relacionado tanto a uma maior ocorrência de eventos adversos/queixas técnicas quanto a uma maior conscientização e engajamento dos notificadores locais⁵.

A Tabela 6 apresenta uma análise do número de notificações registradas no sistema NOTIVISA entre 2017 e 2023 detalhando a distribuição das notificações por sua situação atual no sistema (julho/2025). A situação da notificação é um indicativo importante do andamento da investigação e do fluxo de trabalho da vigilância sanitária pós-notificação. Da totalidade de notificações nesse período (3.918) diminuindo as notificações “em agrupamento” (195) temos um total de 3.723 noti-

ficações. Dessas notificações (3.723), 3.511 foram concluídas (situação “Concluída”, “Concluída pela empresa”, “Concluída pela tecnovigilância”, “Concluída pela Visa” e “Concluída pelo notificante”), juntas representam 94,3% de notificações concluídas (Figura 8). Entretanto, atualmente no sistema NOTIVISA, foram identificadas 212 notificações em Pernambuco que não foram encerradas.

Figura 8. Número de notificações distribuídos por situação da notificação no NOTIVISA no período de 2017-2023 em Pernambuco.



Fonte: NOTIVISA, 2025.

Esse número considerável de notificações que permanecem em investigação ou abertas ao longo do período em análise reflete o fluxo contínuo de novas notificações e a complexidade de algumas apurações, que demandam tempo e recursos para serem concluídas. A presença de um volume constante de notificações “em andamento” é inerente ao processo de vigilância pós-comercialização, que lida com casos novos e exige uma análise criteriosa¹³.

O fato de 73 notificações não terem informado “local de ocorrência” dificulta enormemente a investigação pelo SNVS. Sem o local exato da ocorrência, torna-se desafiador: rastrear

o produto, identificar a causa raiz, tomar medidas corretivas e compreender padrões geográficos⁶.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Os dados do NOTIVISA são cruciais para a vigilância sanitária em Pernambuco. Para aprimorar esse processo, é essencial fortalecer a capacitação de notificadores, manter o monitoramento contínuo dos dados, direcionar ações de fiscalização para produtos de maior risco e intensificar a conscientização pública sobre a importância das notificações.

A análise da distribuição municipal das notificações revela tanto avanços quanto desafios, com baixo volume em alguns municípios, podendo indicar subnotificação devido à falta de conhecimento, dificuldade de acesso ou menor engajamento.

Com base nesse trabalho, é possível perceber a necessidade de fortalecimento dos seguintes pontos: promover capacitação regionalizada sobre o NOTIVISA, desenvolver campanhas de divulgação direcionadas para realidades locais, fortalecer parcerias estratégicas com órgãos de saúde e associações, realizar análises qualitativas para entender as barreiras em municípios com baixa notificação, e compreender a distribuição geográfica é vital para alocar recursos e esforços da vigilância sanitária de forma eficiente, garantindo a segurança dos produtos em Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 jan 27; Seção 1:1.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de farmacovigilância para detentores de registro de medicamento. 3. ed. Brasília: ANVISA; 2020.
3. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de tecnovigilância. 3. ed. Brasília: ANVISA; 2021.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ma-

- nual para o Sistema Nacional de Hemovigilância no Brasil. Brasília: ANVISA; 2022.
5. Castelhana FJ. Territorialização e vigilância em saúde. Curitiba: Intersaberes; 2021.
 6. Chaves MMP, Miranda JL. Sistemas de informação em saúde: desafios encontrados durante a operacionalização e compartilhamento de dados. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2023;23(3):e11712. Disponível em: <http://www.acervosaude.com.br/>. Acesso em: 30 jun. 2025.
 7. Figueiras A, Reapes M, Edwards IR. Pharmacovigilance and drug safety: an introduction. In: Edwards IR, Aronson JK, editors. *Meyler's side effects of drugs: the international encyclopedia of adverse drug reactions and interactions*. 16th ed. Amsterdam: Elsevier; 2016. p. 1-13.
 8. Moura CV, et al. Eventos adversos na pandemia da COVID-19 no Brasil: revisão de literatura. *Cuad Educ Desarro*. 2025;17(1):e7272.
 9. Oliveira AS, et al. Avaliação das resoluções específicas de produtos publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no período de 2009 a 2018. *J Assist Farmac Farmacocon*. 2019;4(Suppl 1).
 10. Oliveira Novaes C, et al. Abordagens para notificação de incidentes e eventos adversos em hospitais de grande porte: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2022;11(4):e48511427423.
 11. Silveira Lemos G, et al. Cultura de segurança do paciente e notificação de eventos adversos de equipe multiprofissional de saúde. *Res Soc Dev*. 2021;10(8):e27410817291.
 12. Lobo GS, et al. Eventos adversos transfusionais: perfil epidemiológico e desafios da hemovigilância no Brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2018;40(4):343-9.
 13. Mota DM, et al. Potencialidades e limitações da Rede Sentinela para o aperfeiçoamento do monitoramento pós-comercialização/pós-uso de produtos sob vigilância sanitária adotado pela Anvisa. *Vigil Sanit Debate*. 2022;10(4):20-31.
 14. Ribas MA, et al. Eventos adversos e queixas técnicas notificados a um núcleo de segurança do paciente. *Rev Aten Saúde*. 2019;17(62).

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - AÇÃO INTERSETORIAL DE QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA SES-PE¹

Virgínia Maria Holanda de Moura

Andréa Franklin

Ignes Araújo

Graciete Polimeni

Karina Catanho

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 4
VIGILÂNCIA EM
SAÚDE DO
TRABALHADOR
E AMBIENTAL

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador está diretamente relacionada ao seu ritmo de vida. A soma de demandas, tanto no âmbito profissional como pessoal, tem contribuído para um adoecimento psicoemocional que impacta significativamente na esfera psicossocial, acentuando-se no pós-pandemia, onde observa-se uma crescente instabilidade emocional entre os profissionais da saúde, comprometendo o trabalhador e aqueles que com ele compartilham o ambiente e consequentemente o bem-estar geral¹.

Nesse contexto, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), instituídas por meio da Política Nacional de Práticas

Palavras-Chaves: Práticas Integrativas e Complementares. Qualidade de Vida. Saúde do trabalhador.

Integrativas e Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS), em maio de 2006, emergem como estratégias eficazes para a promoção da saúde. Elas contribuem significativamente para a qualidade de vida do trabalhador, promovendo o bem-estar, aliviando o estresse físico e emocional, e fomentando a harmonia no ambiente de trabalho².

As PICS são dispositivos utilizados no acolhimento ao usuário e na promoção à saúde. As evidências científicas, têm demonstrado sua eficácia na prevenção e tratamento de morbidades, especialmente para condições como Burnout e estresse ocupacional. Estas práticas não substituem o tratamento convencional, mas atuam de forma complementar, através de uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional².

Este relato de caso visa descrever como ações intersetoriais da Política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PEPIC-PE) e o QUALVIDA, Coordenação vinculada à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, introduziram as PICS no âmbito da Gestão de Saúde e Segurança do Trabalhador da SES-PE^{1,2}.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Em agosto de 2023 percebeu-se a necessidade urgente de acolhimento e atenção aos servidores da SES-PE (Sede Bongi), que procuravam atendimento no consultório, com sintomas diversos e queixa de adoecimento. Nesse momento foi lançado um novo olhar que excedeu a clínica ambulatorial tradicional e inspirado no atendimento da SES-PE (Anexo Boa Vista), que já utilizava com sucesso as PICS, foi implantada na sede do Bongi, o atendimento com auriculoterapia, massoterapia, reflexologia podal, ventosaterapia, dança circular, automassagem, contação de história e ginástica laboral^{2,3}.

Com o objetivo de promover e esclarecer os profissionais sobre a importância do autocuidado, foi organizada pela Saúde

do Trabalhador e a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares uma semana de ações para celebrar o Dia do Servidor Público, comemorado em 28 de outubro. Na ocasião foram ofertadas várias PICS individuais e coletivas, para todos os profissionais e gestores. Essa ação intersetorial em conjunto com a parceria de vários terapeutas convidados, possibilitou ao servidor uma reflexão sobre a sua saúde física e mental, a partir de um olhar mais atento na esfera pessoal e no ambiente de trabalho.

A avaliação dessa semana foi tão significativa que gerou um verdadeiro despertar de consciência nos servidores sobre a importância de cuidar de si e rapidamente surgiram solicitações, por mais cuidados com as PICS. Sendo assim, houve a necessidade de ampliar o quadro de profissionais como psicólogos e terapeutas, fortalecendo a equipe, para os encaminhamentos necessários. Assim foi delineada uma nova perspectiva de ações, que priorizaram: 1. triagem com acolhimento; 2. escuta qualificada; 3. encaminhamento personalizado para o profissional que melhor atenda à necessidade, a partir da análise do momento individual de cada servidor. Hoje, a equipe multidisciplinar é composta por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, educadores físicos, profissionais de medicina tradicional chinesa, massoterapeutas e facilitadores de práticas como dança circular, contação de histórias e automassagem / medicina chinesa^{4,5}.

A implantação das PICS, uma prática eficaz e cientificamente comprovada, tem gerado resultados notáveis. O crescente interesse por esses serviços integrados é perceptível, e os profissionais que as praticam referem uma melhora visível ou uma diminuição significativa em diversos quadros de morbidade, alívio dos sintomas, melhoria na qualidade de vida, fortalecimento do sistema imunológico e um maior equilíbrio entre corpo e mente, além da promoção da cultura, do autocuidado, entre os servidores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco⁶⁻¹¹.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Em busca da direção de um novo tempo, onde é necessário silenciar a mente para uma escuta qualificada e um direcionamento, na qualidade do atendimento. Com um olhar abrangente para o ser, na sua integralidade física, psicoemocional, social e espiritual.

Esse relato da implantação das PICS na saúde do trabalhador: uma ação intersetorial de qualidade de vida, se apresenta de forma ainda, muito resumida, diante da perspectiva de ampliar a oferta das PICS no tratamento e bem-estar do trabalhador da SES.

Além da ampliação no quadro de funcionários e de serviços, faz-se necessário aprimorar o serviço, ampliando o espaço físico, com a aquisição de insumos e o fortalecimento da equipe multidisciplinar, para que o serviço ofertado aconteça da forma mais qualificada possível.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Qualivida [Internet]. Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco. [acesso em 4 jul. 2025]. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/qualivida/>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. Helioerio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Souza FO, Pinho PS, Sousa FNF, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? Trabalho Educ Saúde. 2020;18(3):e00289121. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Informe de evidência clínica em práticas integrativas e complementares em saúde nº 01/2021 Saúde do Trabalhador. Brasília; 2020 [acesso em 2021 ago 13]. Disponível em: http://observaPICS.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/01/Informe_saudedotrabalhador_2021.
5. TELES Júnior, Emílio. (2016). Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos Avançados, 30(86), 99-112. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>, acesso em 05/09/2020.

6. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas Integrativas e complementares em saúde (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; Diário Oficial da União, maio, 2006
7. PORTARIA No 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018. Altera a portaria de Consolidação no 2;GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 2018.
8. SANTOS, Yuri M.; BRASIL, Antônio M. R. Inserção das práticas integrativas e complementares como estratégia de cuidado no Sistema Único de Saúde: uma análise documental. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, p. 22, 2022. Disponível em: Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/7561> . Acesso em: 19 jul. 2024.
9. Cocchiara RA, Peruzzo M, Mannocci A, Ottolenghi L, Villari P, Polimeni A, Guerra F, La Torre G. The Use of Yoga to Manage Stress and Burnout in Healthcare Workers: A Systematic Review. J Clin Med [Internet]. 2019 Feb 26; 8 (3):284. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30813641/>. Acesso em 20 de jan de 2021.
10. Perniciotti P, Serrano JCV, Guarita RV, Morales RJ, Romano BW. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Rev. SBPH [Internet]. Jun 2020 [citado em 17 setembro 2021]; 23(1): 35-52. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=



SALA DE SITUAÇÃO: ESTRATÉGIA INOVADORA DA VIGILÂNCIA LABORATORIAL PARA O MONITORAMENTO DE AGRAVOS

Jéssica de Andrade Gomes Silva
Manuela Correia de Oliveira
Fabíola Maria Ramos da Silva
José Humberto de Lima Melo
Keilla Maria Paz e Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Laboratório Central de
Saúde Pública “Dr. Milton Bezerra Sobral”,
Recife, Pernambuco

TEMA 5
VIGILÂNCIA
LABORATORIAL
E GENÔMICA

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a incorporação de tecnologias da informação passou a ser indispensável para a modernização dos serviços de saúde, permitindo o acesso rápido às informações e a substituição progressiva dos registros em papel por sistemas digitais, o que auxilia as ações de vigilância em saúde^{1,2}.

A vigilância laboratorial é um componente essencial da vigilância em saúde pública, responsável por fornecer dados laboratoriais que subsidiam a confirmação etiológica de doenças e o acompanhamento de suas tendências, fornecendo suporte científico necessário para orientar intervenções em saúde pública^{3,4}.

O Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco “Dr. Milton Bezerra Sobral” (LACEN-PE) desempenha um papel estratégico na rede estadual de saúde, sendo responsável por exames laboratoriais de alta complexidade nas áreas de biologia médica, análises ambientais e bromatológicas, além da avaliação da qualidade de medicamentos, cosméticos e saneantes. Sua atuação é fundamental para a detecção e o monitoramento de agentes etiológicos, além de fornecer suporte técnico à rede laboratorial e fomentar ações de vigilância, prevenção e controle de agravos no estado de Pernambuco^{5,6}.

Deste modo, a Sala de Situação constitui uma plataforma virtual de monitoramento que possibilita a visualização de indicadores de saúde por meio de representações gráficas, como tabelas, gráficos e mapas. As informações são apresentadas de forma dinâmica, conforme as variáveis relevantes para a análise de cada indicador, servindo como ferramenta de apoio à tomada de decisão na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)⁷⁻⁹.

Considerando o exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de elaboração e implantação da ferramenta Sala de Situação, instrumento que contribui para a Vigilância Laboratorial e para o rastreamento de agravos e eventos de interesse da Saúde Pública.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

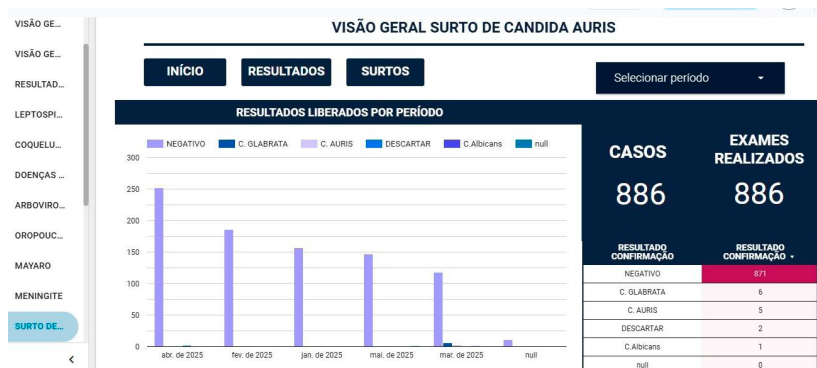
No contexto de reestruturação promovida em 2023 pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial (NVL) do LACEN-PE, vinculado à Coordenação de Projetos Laboratoriais e Estratégicos (CPLE) da Gerência de Avaliação da Qualidade e Projetos Laboratoriais e Estratégicos (GAQPLE), foi implementada a Sala de Situação como ferramenta estratégica para monitoramento de agravos de notificação compulsória e demais eventos de interesse da saúde pública.

A Sala de Situação foi estruturada com o objetivo de reforçar a vigilância laboratorial, integrando dados extraídos do Gerenciador de Amostras Laboratoriais (GAL) em *dashboards* interativos desenvolvidos na versão gratuita da plataforma de *Business Intelligence* (BI), *Looker Studio*. Tal abordagem permitiu a geração de indicadores visuais atualizados, essenciais para a rápida identificação de tendências e padrões epidemiológicos.

Adicionalmente, como recurso complementar, foi também incorporado à Sala de Situação os dados provenientes das fichas de notificação físicas que acompanham as amostras encaminhadas ao LACEN-PE. Após serem digitalizadas, essas fichas são integradas ao ambiente analítico da plataforma, permitindo o acesso às informações estruturadas que enriquecem a análise epidemiológica, especialmente em situações de inconsistência de dados no sistema eletrônico.

Dessa forma, a Sala de Situação do LACEN-PE consolida dados laboratoriais relacionados aos principais agravos de notificação compulsória definidos na Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025, como Dengue, Chikungunya, Zika, Leptospirose, Raiva, Meningites, Covid-19 entre outros¹⁰. Além desses, a plataforma também contempla eventos de interesse em saúde pública em nível estadual, a exemplo do surto de *Candida auris*, permitindo o monitoramento de agravos emergentes que exigem vigilância intensificada (figura 1). Essa abrangência contribui para uma resposta mais oportuna e eficaz às ameaças à saúde pública, reforçando o papel estratégico da vigilância laboratorial.

Figura 1. Painel de Monitoramento do Surto de *Candida auris* — Sala de Situação do NVL/LACEN-PE (2025).



Fonte: autores.

As informações organizadas de forma automatizada na plataforma, permitem a visualização de indicadores por meio de gráficos e tabelas dinâmicas. Os dados também podem ser apresentados conforme a divisão territorial do Estado de Pernambuco e em Gerências Regionais de Saúde (GERES), possibilitando análises territoriais mais precisas (Figura 2).

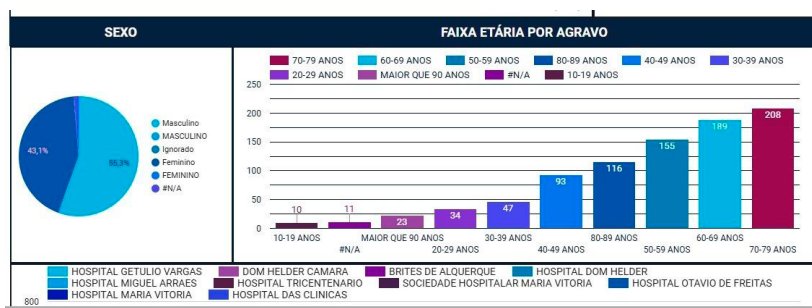
Figura 2. Distribuição dos Exames Notificados para Candida auris por GERES e Município de Residência— Sala de Situação do NVL/LACEN-PE (2025).



Fonte: autores.

A Sala de Situação também dispõe de filtros por sexo, faixa etária e outras variáveis epidemiológicas relevantes, ampliando a capacidade de estratificação dos dados e favorecendo a identificação de padrões, grupos populacionais mais acometidos e áreas de maior incidência (Figura 3). Essa sistematização contribui para o aprimoramento da vigilância laboratorial e fornece subsídios qualificados à tomada de decisão em saúde pública.

Figura 3. Perfil dos casos confirmados de *Candida auris* por sexo e faixa etária em Pernambuco— Sala de Situação do NVL/LACEN-PE (2025).



Fonte: autores.

Contudo, desde a implantação da ferramenta é possível observar um crescimento progressivo no volume de notificações de agravos disponibilizadas na Sala de Situação do LACEN-PE. No ano de 2023, primeiro ano de funcionamento da ferramenta, foram registradas 5.722 notificações. Em 2024, esse número aumentou para 6.542, representando um incremento de aproximadamente 14% em relação ao ano anterior. Já em 2025, até o presente momento, 3.490 notificações foram integradas à plataforma. Esses dados refletem a consolidação da Sala de Situação como instrumento de vigilância laboratorial, com ampliação da cobertura e melhoria na sistematização das informações, contribuindo para o monitoramento contínuo dos agravos de notificação compulsória e eventos de interesse da saúde pública no Estado de Pernambuco.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A implantação da Sala de Situação pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial (NVL) do LACEN-PE representa um marco significativo no fortalecimento da vigilância em saúde pública no estado de Pernambuco. A iniciativa demonstra, de forma concreta, o potencial da *Business Intelligence* (BI) na qualificação da análise laboratorial, promovendo a visualização integrada e dinâmica de dados epidemiológicos em tempo real.

Por meio da utilização de ferramentas digitais como o *Looker Studio*, e da integração com o sistema GAL, foi possível desenvolver *dashboards* interativos que consolidam indicadores críticos organizados por Gerências Regionais de Saúde, estratificados por variáveis essenciais como sexo, faixa etária, tipo de amostra e agravo investigado. Essa estrutura analítica permite o rastreamento sistemático dos agravos de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 6.734/2025, além de subsidiar a produção de informações estratégicas para a tomada de decisão em tempo oportuno, tanto no âmbito técnico quanto gerencial.

A análise dos dados referentes ao período de 2023 a 2025 evidenciam não apenas a consolidação da Sala de Situação como ferramenta de gestão e vigilância, mas também sua capacidade de detecção precoce de eventos sanitários relevantes, monitoramento de padrões sazonais e geográficos de circulação de patógenos, e identificação de possíveis lacunas operacionais na rede de saúde. O aumento expressivo do volume de notificações analisadas e a profundidade das estratificações possíveis reforçam o impacto positivo da iniciativa na qualificação da resposta frente a emergências em saúde pública e agravos de importância epidemiológica.

Contudo, para assegurar a sustentabilidade e expansão dessa ferramenta, é imperativo manter investimentos contínuos em infraestrutura tecnológica, segurança da informação, e es-

pecialmente na capacitação técnica dos profissionais envolvidos, garantindo a apropriação dos recursos de BI pelas equipes multiprofissionais.

Assim, a experiência exitosa do LACEN-PE se apresenta como um modelo replicável em âmbito nacional, promovendo uma integração mais eficiente entre a vigilância epidemiológica e a vigilância laboratorial. Essa abordagem contribui não apenas para o aprimoramento da resposta local às demandas sanitárias, mas também para o fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (RNLSP), alinhada aos princípios da gestão baseada em evidências e da vigilância orientada por dados.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa Coelho M, Sousa GB, Paiva LEB, Araújo RA. O uso do sistema de informação em saúde: avanços e dificuldades no funcionamento do sistema e-SUS na UBS malhada. *Perspect Contemp.* 2024;19(1):1–19. doi:10.54372/pc.2024.v19.3507.
2. De Oliveira Lima LA, do Nascimento CM, Araújo TSS, de Godoy Almeida M, Daguer JBR, Silva SL, et al. Informatização em saúde: avanços tecnológicos e a modernização nos serviços de saúde. *Lumen et Virtus.* 2025;16(48):5102-5111. doi:10.56238/levv16n48-042.
3. Erwin PC, Brownson RC. Tendências macro e o futuro da prática em saúde pública. *Anuário de Revisão em Saúde Pública.* 2017;38(1):393-412. doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044224.
4. Waldman EA, Santos AR. Laboratórios de saúde pública. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 629-647.
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (LACEN-PE) [Internet]. Recife: SES/PE; 2024 [citado 2025 jul 3]. Disponível em: <https://www.saude.pe.gov.br/lacen>
6. Silva MBA, Borba RFB, Ferreira GMOG, Medeiros CDA, Rocha DDS. Avaliação externa da qualidade da identificação entomológica de triatomíneos realizada na Rede de Laboratórios Públicos em Pernambuco, 2017. *Epidemiol Serv Saude.* 2021;30(2):e2020877. doi:10.1590/S1679-49742021000200022.
7. Azevêdo LMG, Santos Ribeiro CC, Santos Silva IL, Santana Andrade Y, Jesus AS, Reis Santos I, et al. Sala de situação em saúde

- como estratégia de vigilância local da Covid-19: relato de experiência no Oeste Baiano. *Saúde Redes*. 2022;8(suppl 2):313–25. doi:10.18310/2446-4813.2022v8nsup2p313-325.
8. Deininger LSC, Lucena KDT, Figueiredo DCMM, Silva CC, Oliveira AEC, Anjos UU. A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde. *Saúde Debate*. 2014 Jan-Mar;38(100):50-56. doi:10.5935/0103-11042014000100050.
 9. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da Covid-19 – posicionamento da Rede APS, da Abrasco [Internet]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2020 [citado 2025 set 4]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br>
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. *Diário Oficial da União*. 2025 mar 18; Seção 1:82.

AVALIAÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES NA FASE PRÉ-ANALÍTICA DO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

Jéssica de Andrade Gomes Silva
Fabíola Maria Ramos da Silva
Wyllamy Silva Texeira
José Humberto de Lima Melo
Keilla Maria Paz e Silva

Laboratório Central de Saúde Pública “Dr. Milton Bezerra Sobral”,
Recife, Pernambuco

TEMA 5
VIGILÂNCIA
LABORATORIAL
E GENÔMICA

INTRODUÇÃO

Os laboratórios de Saúde Pública são instituições sem fins lucrativos que integram uma rede estruturada em diferentes níveis no Brasil. Essa rede é composta por centros colaboradores, laboratórios de referência nacional, regional, estadual e municipal, além de laboratórios locais e de fronteira¹.

Em nível estadual, a rede laboratorial é composta por unidades que oferecem suporte diagnóstico a hospitais e serviços ambulatoriais, além do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN). Este, enquanto laboratório de referência estadual é responsável pela coordenação técnica e operacional dos laboratórios públicos e privados que realizam exames de interesse em Saúde Pública no território estadual².

O Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco “Dr. Milton Bezerra Sobral” (LACEN-PE) constitui um componente estratégico da rede estadual de saúde, sendo responsável pela execução de análises laboratoriais de média e alta complexidade, abrangendo biologia médica, controle de qualidade de medicamentos, cosméticos e saneantes, além de exames ambientais e bromatológicos. Sua atuação contribui diretamente para a identificação e o monitoramento de agentes etiológicos, ao mesmo tempo em que oferece suporte técnico-científico à rede laboratorial e fortalece as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental no estado³.

O LACEN-PE recebe amostras oriundas de distintas regiões do estado, tendo como atribuição a realização de procedimentos laboratoriais de alta complexidade para diagnóstico complementar⁴. Diante disso, a garantia da qualidade na fase pré-analítica das amostras recebidas configura um desafio significativo⁵.

Assim, o objetivo do trabalho foi identificar as não conformidades pré-analíticas mais prevalentes registradas pela Recepção de Amostras Biológicas do LACEN-PE e, a partir desses dados, analisar as principais ocorrências cometidas pelas unidades de saúde primárias e regionais do estado de Pernambuco no processo de envio de amostras biológicas ao laboratório de referência estadual.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo realizou uma análise retrospectiva dos registros de não conformidades pré-analíticas documentadas durante o ano de 2024 pela Recepção de Amostras Biológicas do LACEN-PE. Os dados analisados foram obtidos a partir dos relatórios gerados pelo sistema de gestão da qualidade institucional, com base nas informações contidas nos formulários internos de controle de não conformidades nº 90 – Justificativa de devolução de amostra e nº 216 – Pendência em documentação de amostras biológicas.

A identificação das não conformidades considerou as orientações descritas no Manual de Coleta e Envio de Amostras Biológicas vigente no laboratório⁶, bem como instruções complementares descritas em documentos internos e notas técnicas oficiais.

A análise dos dados foi conduzida por meio de estatísticas descritivas, utilizando-se as ferramentas do software Microsoft Excel® (Microsoft 365), com a finalidade de quantificar e categorizar os tipos mais frequentes de não conformidades.

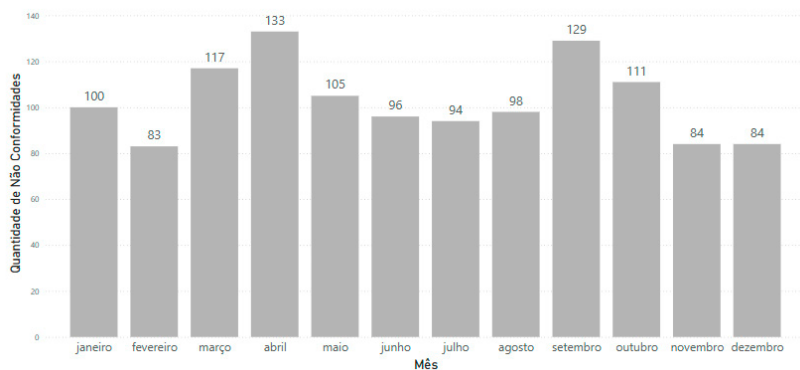
Por se tratar de estudo baseado exclusivamente em dados secundários, sem envolvimento direto de seres humanos ou uso de resultados clínicos individualizados, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme previsto na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2024, foram registradas 1.234 ocorrências de não conformidades relacionadas ao não atendimento de um ou mais critérios exigidos para o processamento de amostras no LACEN-PE. Dentre essas, 992 foram atribuídas a causas recorrentes ao longo do período analisado, enquanto 242 restantes referiram-se a causas esporádicas, cada uma com menos de dez registros.

As ocorrências foram distribuídas ao longo dos doze meses do ano, com maior concentração nos meses de abril e setembro (Figura 1).

Figura 1. Distribuição mensal das não conformidades pré-analíticas registradas no LACEN-PE ao longo do ano de 2024.



Fonte: Autores.

As não conformidades identificadas foram classificadas de acordo com as principais causas observadas ao longo do ano de 2024, conforme apresentado na tabela 1. As justificativas mais frequentes corresponderam à ausência da amostra biológica/insuficiente e à utilização de tubo ou meio de cultura inadequado para o tipo de exame solicitado. Esses resultados estão em consonância com o estudo de Souza et al. (2020), o qual apontou a insuficiência da amostra como uma das principais causas de não conformidades, corroborando a persistência dessa problemática no contexto laboratorial.

Tabela 1 – Distribuição das principais causas de não conformidades pré-analíticas registradas na Recepção de Amostras Biológicas do LACEN-PE no ano de 2024.

Não Conformidade	Quantidade
Falta da Amostra Biológica/insuficiente	158
Tubo/meio de cultura não apropriado	122
Falta da ficha de encaminhamento	84
Amostras com acondicionamento incorreto (temperatura)	79
Amostra hemolisada	77
Falta da ficha epidemiológica/e-sus	71
Identificação da amostra não correspondente com a requisição	64
Amostras com tempo de coleta superior ao especificado no manual de coleta, acondicionamento e transporte de amostras do LACEN-PE	61
Dados da ficha epidemiológica e/ ou requisição e amostra não coincidem	59
Amostra derramada/sem tampa/tubo quebrado	59
Amostra insuficiente/inadequada	40
Amostra coagulada	28
Sem identificação	24
Sem cadastro no GAL	22
Cadastro inadequado no GAL (ficha e/ou amostra não coincide com o cadastro no GAL) - nome completo, nome da mãe, data de nascimento	21
Cadastro inadequado (ficha e/ou amostra não coincide com o cadastro) no GAL- diagnóstico/metodologia	13
Dados incompletos da ficha epidemiológica	10
Total	992

Fonte: Autores.

Após a identificação das não conformidades, os profissionais responsáveis estabelecem contato com as unidades de saúde responsáveis pelas amostras, visando a resolução das irregularidades detectadas. Na ausência de solução por meio dessa interlocução, são preenchidos os Formulários nº 90 e o nº216, os quais são enviados às referidas unidades juntamente com a devolução das amostras, a fim de formalizar e documentar as medidas adotadas.

Estima-se que as não conformidades ocorridas na fase pré-analítica correspondam a aproximadamente 60% dos erros laboratoriais, sendo capazes de gerar impactos financeiros significativos, decorrentes da repetição de exames, da perda do valor diagnóstico dos testes e da ausência de dados essenciais para a vigilância epidemiológica⁹.

O uso de sistemas de gerenciamento de informação possibilita a identificação precisa de indicadores de qualidade, que são ferramentas essenciais para reconhecer as falhas e não conformidades recorrentes nos processos laboratoriais. A análise desses indicadores permite a adoção de medidas corretivas e educativas voltadas para a melhoria contínua dos serviços oferecidos, como a promoção de capacitações específicas, focadas nas áreas com maior frequência de erros, como forma de otimizar os resultados e assegurar a qualidade dos procedimentos laboratoriais^{8,10}.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Este estudo evidencia a importância da identificação e análise das não conformidades na fase pré-analítica como ferramenta fundamental para a melhoria contínua dos processos laboratoriais. Através do rastreamento das ocorrências pré-analíticas é possível monitorar indicadores de qualidade que orientam a implementação de ações corretivas e educativas, essenciais para reduzir falhas e otimizar a qualidade dos serviços prestados.

A capacitação direcionada dos profissionais, especialmente nas áreas com maior incidência de falhas, constitui uma estratégia eficaz para mitigar os impactos negativos associados aos erros pré-analíticos, que além de acarretarem prejuízos financeiros, comprometem o diagnóstico e a vigilância epidemiológica.

Dessa forma, os resultados apresentados podem contribuir para o aprimoramento das práticas laboratoriais, bem como para o fortalecimento da segurança e da confiabilidade dos exames realizados nos laboratórios de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JPP. A organização dos laboratórios de saúde pública do Brasil. *RevSaude Publica*. 1976;10(4):345-53.doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101976000400008>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância epidemiológica. Reestruturação do sistema nacional de laboratórios de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
3. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (LACEN-PE) [Internet]. Recife: SES/PE; 2024 [citado 2025 jul 3]. Disponível em: <https://www.saude.pe.gov.br/lacen>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33 de 22 de junho de 2017. Define o processo para habilitação dos laboratórios de referência nacional e regional, no âmbito da rede nacional de laboratórios de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
5. Souza RKL, Coan EW, Anghebem MI. Não conformidades na fase pré-analítica identificadas em um laboratório de saúde pública. *J BrasPatol Med Lab*. 2020;56:e1882020.doi: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200027>
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Manual de coleta: exames laboratoriais de interesse em saúde pública. 5. ed. Recife: CIEVS/SES-PE; 2022 [citado 2025 jul 7]. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/MANUAL_DE_COLETA__05_EDICAO_FINAL.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*. 2016 maio 24;Seção 1:44.
8. Souza RKL, Coan EW, Anghebem MI. Não conformidades na fase pré-analítica identificadas em um laboratório de saúde pública. *J BrasPatol Med Lab*. 2020;56:e1882020. doi: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200027>
9. Plebani M, Sciacovelli L, Aita A, Padoan A, Chiozza ML. Indicadores de qualidade para detectar erros pré-analíticos em testes laboratoriais. *Clin Chim Acta*. 2014;432:15-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cca.2013.07.033>
10. Noble MA, Resrelli V, Taylor A, Cochrane D. As taxas de notificação de erros laboratoriais podem variar significativamente em análises anuais. *Diagnosis (Berl)*. 2018;5(1):15-9.

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HEMATOLÓGICA ÀS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME POR MACRORREGIÃO EM PERNAMBUCO

Ana Carolina Freire Lopes
Gerusa Guerra Victor Silva
Monica Rita da Silva Simplicio
Vilma Cristina Aleixo da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra, Recife, Pernambuco

TEMA 5
VIGILÂNCIA
LABORATORIAL
E GENÔMICA

INTRODUÇÃO

O presente relato de experiência versa sobre o processo de descentralização da assistência ambulatorial especializada para pessoas com doença falciforme (DF) no estado de Pernambuco, cuja concentração histórica no Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), localizado no Recife, gerava significativa desigualdade no acesso à saúde. A inexistência de especialistas em outras regiões impunha deslocamentos longos e onerosos para os usuários, contribuindo para o agravamento do quadro clínico, aumento das complicações e, muitas vezes, óbitos evitáveis.

Palavras-chave: População Negra; Doença Falciforme; Hematologia; Regionalização da Saúde; Política de Saúde.

A doença falciforme é uma condição genética e hereditária, marcada pela presença da hemoglobina S (HbS), que, devido a uma mutação, adquire uma conformação anormal semelhante a uma foice. Essa alteração gera hemácias mais rígidas e frágeis, propensas à hemólise, dificultando sua passagem pelos vasos sanguíneos, em especial os de pequeno calibre. O resultado é a má perfusão tecidual, com prejuízos à oxigenação dos órgãos¹.

Sua origem genética remonta ao continente africano, sendo disseminada nas Américas através do tráfico transatlântico de pessoas negras escravizadas durante o período colonial. As primeiras descrições científicas da doença no Brasil foram feitas pelo médico José Martins da Cruz Jobim, em 1835, confirmando que a mutação HbS estava ausente na população antes da chegada dos africanos².

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de implementação da descentralização e regionalização da assistência hematológica às pessoas com doença falciforme nas macrorregiões do estado de Pernambuco, destacando as etapas do processo, os desafios enfrentados e os resultados alcançados na ampliação do acesso à atenção especializada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Coordenação de Atenção à Saúde da População Negra (CASPN), vinculada à Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET), constituiu um grupo de trabalho (GT) para coordenar a descentralização da assistência hematológica às pessoas com DF. O GT foi composto por representantes de diversas diretorias da Secretaria Estadual de Saúde, incluindo: Atenção à Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão Regional em Saúde, Regulação Ambulatorial, além do HEMOPE, gerentes das Gerências Regionais de Saúde (GERES) e suas respectivas equipes.

Entre os anos de 2015 e 2018, foi elaborada a modelagem da descentralização com base nas Diretrizes Básicas da Linha

de Cuidado em Doença Falciforme do Ministério da Saúde³. Utilizou-se o cadastro de pacientes do HEMOPE, com dados organizados por região e município. Realizou-se ainda diagnóstico local, regional e municipal da rede assistencial, incluindo hospitais regionais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e serviços de urgência e emergência.

A primeira etapa do processo foi implementada na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) de Petrolina, em 2018/2019. O fator determinante para iniciar o serviço foi a existência de hematologista na unidade. Foram realizados diagnósticos situacionais e cadastramento dos pacientes locais.

Entretanto, com a chegada da pandemia da COVID-19 em fevereiro de 2020, o plano foi temporariamente interrompido, uma vez que a UPAE de Petrolina foi convertida em hospital de campanha.

A partir de 2021, o GT foi reativado, envolvendo novamente todos os setores participantes. Foram incluídas as UPAs de Caruaru, Petrolina e Serra Talhada. Considerando a presença de hematologista na UPAE de Caruaru, a proposta de descentralização foi pactuada em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da II Macrorregião, com participação dos gestores municipais. Com isso, em 7 de abril de 2022 foi inaugurado o serviço de assistência hematológica em Caruaru.

Em seguida, os mesmos passos foram replicados para a III e IV Macrorregiões. A descentralização foi inaugurada na UPAE de Petrolina em 18 de agosto de 2022 e, posteriormente, em Serra Talhada no dia 12 de setembro do mesmo ano.

Antes da efetivação dos serviços descentralizados, a CASPN, em conjunto com profissionais hematologistas do HEMOPE, promoveu atividades de capacitação técnico-científica sobre doença falciforme para profissionais da saúde e gestores das três macrorregiões, a fim de garantir o conhecimento e a padronização dos fluxos assistenciais.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A descentralização e regionalização da assistência hematólogica para pessoas com doença falciforme nas II, III e IV Macrorregiões do estado de Pernambuco representam um avanço significativo no processo de equidade e garantia de acesso à saúde da população negra.

O processo, fruto do esforço coletivo entre diferentes setores e níveis de gestão, proporcionou atendimento especializado mais próximo dos territórios de origem dos pacientes, reduzindo distâncias, custos e barreiras assistenciais.

Estima-se que cerca de 320 pacientes com 18 anos ou mais, anteriormente atendidos exclusivamente em Recife, passaram a ser acompanhados nas UPAs regionais, com acesso não só ao hematologista, mas também a outras especialidades necessárias à integralidade do cuidado.

É essencial que haja monitoramento contínuo por parte dos entes envolvidos, para assegurar a sustentabilidade dos serviços e a qualidade do cuidado. A ausência de tal monitoramento pode comprometer o êxito do modelo, como alerta o Manual do Ministério da Saúde³, ao destacar a importância de fluxos bem definidos e compromissos pactuados entre os entes federados.

REFERÊNCIAS

1. Bolarinwa AB, Oduwole O, Okebe J, et al. Antioxidant supplementation for sickle cell disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2024;(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013590.pub2/full>
2. Passareli CG, Goneli AG. Doença falciforme, racismo e invisibilidade nos meios de comunicação: uma análise dos canais *Jornal Nacional* e *Jornal da Record* [Internet]. São Paulo: Intercom; Available from: https://sistemas.intercom.org.br/pdf/link_aceite/nacional/11/0816202311501364dce225a9045.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.



02

ATENÇÃO PRIMÁRIA
E POLÍTICAS TRANSVERSAIS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ESTRATIFICADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Alisson Luiz Ribeiro de Oliveira
Elaine Lima Silva Wanderley
Marcela Antonielly Gomes de Andrade
Allison Kleiton dos Anjos
Juno Pedro Albuquerque Almeida

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Coordenação de atenção à
saúde da pessoa com deficiência, Recife, Pernambuco

TEMA 1
ATENÇÃO
PRIMÁRIA

INTRODUÇÃO

Segundo a Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Lei Brasileira de Inclusão, pessoa com deficiência é aquela que tem deficiências físicas, intelectuais, mentais ou sensoriais (visuais e/ou auditivas) de longa duração que, em interação com várias barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com os outros^{1,2}.

De acordo com a amostra do Censo Demográfico de 2022, a população do Brasil com dois anos ou mais de idade era de 198,3 milhões de pessoas.

Deste total, 14,4 milhões eram pessoas com deficiência, o que corresponde a aproximadamente 7,3% dessa população. A região nordeste é a que contém a maior proporção em relação à população total, cerca de 8,4% , e o estado de Pernambuco, ocupa a terceira posição dentro da região com 8,9% da população com algum tipo de deficiência³.

Apesar dos esforços para melhorar os métodos de coleta de dados, há discrepâncias entre as diferentes pesquisas, destacando a necessidade de uma interpretação cuidadosa das estatísticas sobre a população com deficiência⁴. Esses dados sinalizam um contingente expressivo de pessoas que demandam políticas públicas específicas nas áreas educação, mobilidade urbana, trabalho, assistência social e saúde. Estudos indicam que a pessoa com deficiência enfrenta maiores dificuldades relacionadas à renda, ao território e ao gênero^{5,6}.

A complexa interação de fatores resulta em desigualdades no acesso e na qualidade da assistência à saúde da pessoa com deficiência, incluindo barreiras estruturais, diminuição da capacitação profissional e falhas na implementação de políticas públicas^{7,8}. Desta forma, a análise robusta de dados pode auxiliar a identificar necessidades específicas no cuidado e acesso à saúde da pessoa com deficiência. A partir dessas informações, será possível desenvolver políticas e programas para apoiar pessoas com deficiência a superar barreiras, reduzir desigualdades e promover inclusão de maneira mais assertiva e direcionada^{9,10}.

Neste sentido, o estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico da população com deficiência no estado de Pernambuco com base nos dados do Censo demográfico de 2022, considerando variáveis sociodemográficas e tipo de dificuldades funcionais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo, com análise focada no perfil epidemiológico da população com

deficiência do estado de Pernambuco, a partir de dados secundários do Censo demográfico de 2022, disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³.

Os dados foram acessados por meio da plataforma SIDRA (Sistema IBGE de Recuperação Automática) e dos microdados disponibilizados no site do IBGE, nos meses de maio e junho. Foram considerados os dados relativos à população residente em Pernambuco, que declarou possuir algum tipo de dificuldade mesmo utilizando algum tipo de dispositivo auxiliar, conforme critério estabelecido pelo próprio censo.

Os indivíduos foram incluídos independentemente de idade ou sexo e com as seguintes dificuldades permanentes: para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato; para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos; para andar ou subir degraus, mesmo usando prótese ou outro aparelho de auxílio; para pegar pequenos objetos, como botão ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio e; para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar ou estudar por causa de alguma limitação nas funções mentais.

As seguintes variáveis sociodemográficas e de saúde foram: sexo, faixa etária, raça/cor, tipos de dificuldades permanentes e regiões de saúde. A organização e o tratamento dos dados foi realizado no Microsoft Excel e R Studio. Foram realizadas análises descritivas, com cálculos de frequência absoluta e relativa e apresentação em tabelas e gráficos. Para algumas análises, realizou-se a estratificação por sexo, faixa etária e tipo de dificuldades funcionais permanentes. Dentro das análises, os dados foram desagregados por macrorregiões e regiões de saúde para um perfil territorializado da pessoa com deficiência.

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

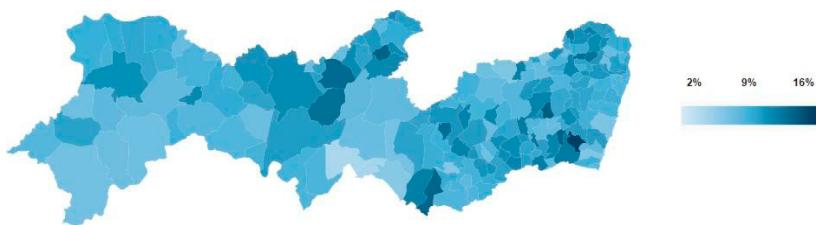
A caracterização da população com deficiência é importante para formulação de políticas públicas que promovam equidade. Em Pernambuco, conforme o Censo Demográfico de 2022, foram registrados 788.647 pessoas com dois anos ou mais com algum tipo de deficiência, isso equivale a 8,9% da população total do estado. Os dados relativos a distribuição por municípios, sexo, faixa etária, raça/cor e dificuldades funcionais são apresentados nos tópicos a seguir:

Distribuição geral da população com deficiência em Pernambuco

A análise da distribuição geográfica das pessoas com deficiência em Pernambuco revela marcadas diferenças entre os municípios, refletindo não apenas o tamanho populacional das localidades, mas também fatores socioeconômicos, padrões de urbanização e acesso a serviços de saúde e reabilitação.

A distribuição municipal dessa população está representada na Figura 1, o qual apresenta um gradiente de cor proporcional à prevalência de pessoas com deficiência por município, permitindo a visualização espacial da carga de deficiência ao longo do território estadual.

Figura 1. Distribuição percentual de pessoas com deficiência por município de Pernambuco, conforme Censo Demográfico do IBGE de 2022.



Legenda: Mapa coroplético com gradiente de cor representando a proporção de pessoas com deficiência em cada município do estado de Pernambuco. O tom mais claro representa aproximadamente 2%, enquanto o tom mais escuro representa aproximadamente 16% da população municipal com deficiência.

O mapa coroplético evidencia uma maior concentração relativa de pessoas com deficiência em determinados municípios do interior do estado, especialmente nas regiões Metropolitana, Agreste e Sertão, onde os tons mais escuros indicam prevalências mais elevadas. Em contraste, áreas com menor proporção de PCD aparecem em tons mais claros, destacando municípios com indicadores inferiores à média estadual.

Apesar de os maiores números absolutos de PCD se concentrarem nos grandes centros urbanos, como Recife (122.531 indivíduos), Jaboatão dos Guararapes (57.399 indivíduos) e Caruaru (29.897 indivíduos); o mapa revela que a proporção relativa pode ser mais elevada em municípios de menor porte, indicando vulnerabilidades específicas não necessariamente associadas ao tamanho populacional.

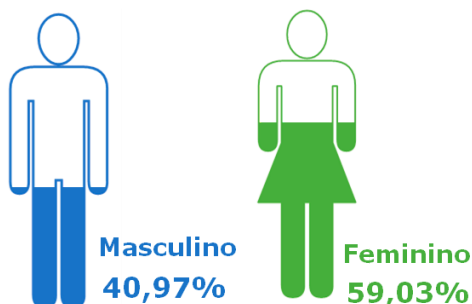
Entre os municípios com os maiores percentuais de pessoas com deficiência em relação à sua população total destacam-se Gameleira com 15,4%; Sairé com 13,8%; Joaquim Nabuco e Ingazeira com 13,4% e Iati com 13,3%, todos com menos de 2.800 pessoas com deficiência registradas. A exposição dos indicadores em valores absolutos e relativos possibilita a análises e planejamentos mais equânimes.

Perfil sociodemográfico

Distribuição por sexo

De acordo com os dados disponíveis, a distribuição percentual da população com deficiência do estado de Pernambuco revela uma predominância do sexo feminino, correspondendo a 59,03% do total, enquanto o sexo masculino representa 40,97%. A Figura 1 ilustra essa distribuição percentual por gênero, proporcionando uma visualização clara das discrepâncias entre homens e mulheres com deficiência.

Figura 2: Distribuição de pessoas com deficiência por sexo.



Fonte: Os autores.

A diferença na distribuição entre homens e mulheres com deficiência é influenciada por fatores socioculturais, incluindo não apenas as condições de saúde, mas também os contextos sociais e as desigualdades de gênero. Como visto nos resultados, as mulheres são mais influenciadas devido a uma combinação de fatores biológicos, comportamentais e sociais.

As mulheres apresentam maior expectativa de vida, o que pode resultar em uma prevalência mais elevada de deficiências associadas ao declínio funcional do envelhecimento. Além da longevidade, fatores biológicos, como menor força muscular e densidade óssea, contribuem para o aumento das incapacidades nesse grupo, assim como a convivência com condições crônicas¹¹. Ademais, observa-se que a incidência dessas incapacidades entre as mulheres está relacionada às desigualdades de sexo, sugerindo que estruturas sociais desiguais podem acentuar disparidades em saúde ao reforçar barreiras atitudinais enfrentadas por pessoas com deficiência^{12,13}.

Para além das atitudes, identificam-se diversas barreiras estruturais que abrangem a discriminação dirigida tanto a mulheres cisgênero quanto a mulheres transgênero¹⁴. A carência de dados desagregados com recortes de gênero representa um obstáculo significativo para o desenvolvimento e a implemen-

tação de políticas públicas abrangentes e efetivas, capazes de atender integralmente às especificidades de todas as mulheres¹⁵. Ademais, observa-se que a expectativa de vida das mulheres transgênero é substancialmente inferior àquela das mulheres cisgênero, fenômeno que pode ser atribuído tanto a condições de saúde particulares quanto às barreiras no acesso e na qualidade dos serviços de saúde¹⁶.

Distribuição por faixa etária

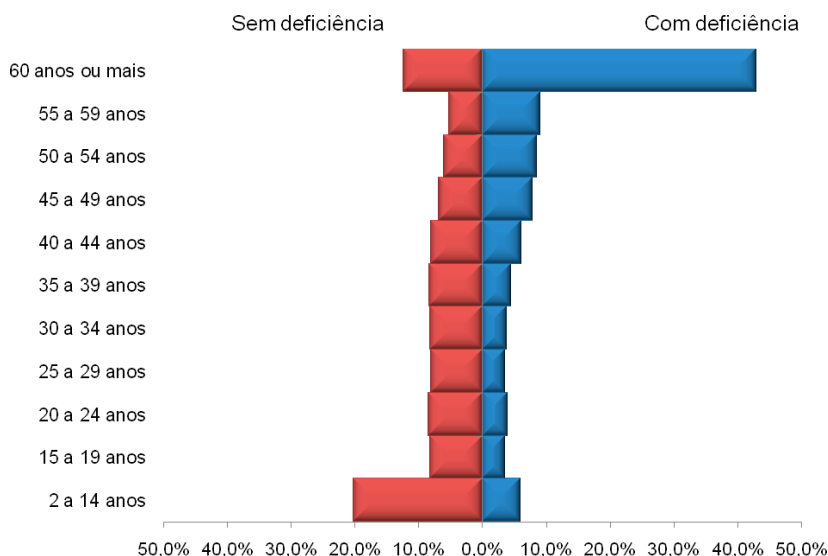
Os dados analisados revelam diferenças significativas na distribuição etária entre pessoas com e sem deficiência. A Figura 2 apresenta a pirâmide etária comparativa desses dois grupos, evidenciando um perfil etário mais envelhecido entre as pessoas com deficiência. Especificamente, observou-se que 42,92% das pessoas com deficiência têm 60 anos ou mais, percentual consideravelmente superior ao observado na população sem deficiência.

Esse achado pode ser explicado pelo declínio funcional progressivo associado ao envelhecimento, frequentemente exacerbado por condições clínicas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), a exemplo de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares e neurológicas. Essas comorbidades contribuem para a perda de autonomia e aumento da prevalência de deficiência entre idosos¹⁷.

Além dos fatores clínicos, variáveis contextuais também influenciam esse processo. A presença de suporte social e familiar e estabilidade financeira pode atenuar os efeitos do declínio funcional, retardando ou reduzindo o surgimento de incapacidades. Por outro lado, a fragilidade e o isolamento social, comuns na velhice, estão fortemente associados à limitação funcional e à evolução para quadros de dependência^{18,19}.

Os dados reforçam a inter-relação entre envelhecimento, condição de saúde e contexto social como determinantes da deficiência, indicando a necessidade de políticas públicas integradas para prevenção da incapacidade e promoção da funcionalidade ao longo do curso da vida^{20,21}.

Figura 3. Pirâmide etária da população de Pernambuco com e sem deficiência



Fonte: Os autores.

Distribuição por raça/cor

A distribuição da população com deficiência segundo os grupos raça/cor autodeclarados. Além do conteúdo descritivo, essa variável permite analisar desigualdades estruturais relacionadas ao acesso à saúde e outros determinantes sociais. Como pode ser observado na tabela 1, o maior percentual de pessoas com deficiência são pardas com 51,84% e pretas com 12,25%, valores aproximados aos percentuais de pessoas sem deficiência.

Tabela 1. Comparação da população pernambucana nos contextos, com e sem deficiência, em relação às variáveis raça/cor conforme Censo Demográfico de 2022*

Raça/cor	Pessoas com deficiência		Pessoas sem deficiência	
Branca	273542	34,69	2670370	33,18
Preta	96604	12,25	808898	10,05
Amarela	1401	0,18	11221	0,14
Parda	408802	51,84	4480256	55,67
Indígena	8111	1,03	75288	0,94
Total	788647	100,00	8048094	100,0

***Nota:** 1 - Dados dos resultados preliminares da amostra, estimados a partir de áreas de ponderação preliminares; 2 - Considera-se pessoa com deficiência aquela que respondeu, em ao menos um dos tipos de dificuldades funcionais, que “Tem muita dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para “Grau de dificuldade funcional”. Os tipos de dificuldades funcionais captados foram: de enxergar, mesmo usando óculos; de ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos; de andar ou subir degraus, mesmo usando prótese; de pegar objetos pequenos, como botão ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio; de se comunicar, realizar cuidados pessoais, como trabalhar e estudar devido a alguma limitação nas funções mentais; 3 - População residente são as pessoas que tinham o domicílio como local de residência habitual e estavam presentes na data de referência da pesquisa, ou ausentes, temporariamente, por período não superior a 12 meses em relação àquela data.

O cuidado em saúde é profundamente atravessado pelo racismo estrutural, que opera como um determinante social das iniquidades em saúde. Esse fenômeno se manifesta na associação de pessoas negras a estereótipos historicamente construídos, como a suposta maior resistência à dor, o que repercute diretamente na qualidade do atendimento prestado^{22,23}. Evidências científicas demonstram que indivíduos negros frequentemente recebem doses menores de analgésicos no manejo da dor, mesmo em condições clínicas semelhantes às de pacientes brancos²⁴.

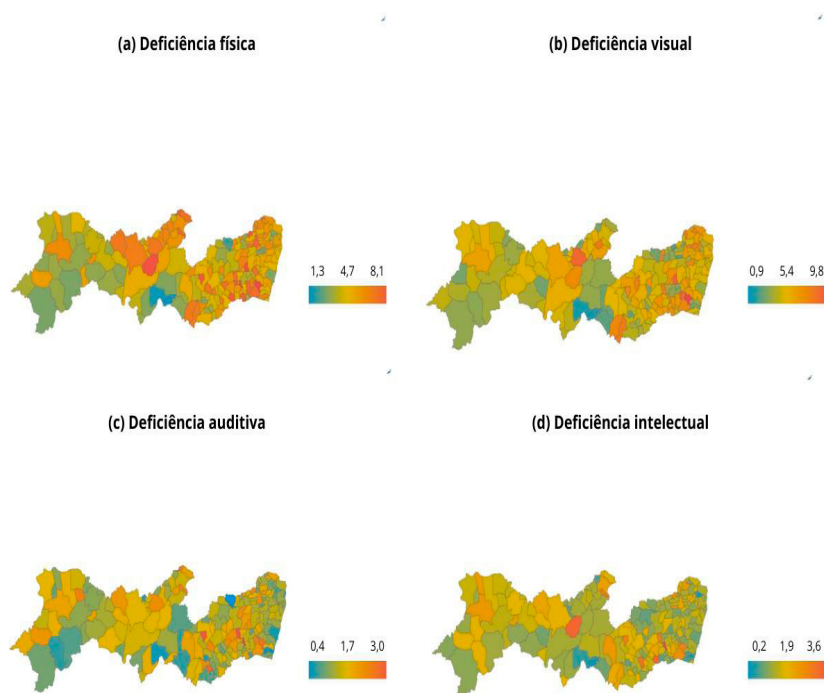
Além disso, a tomada de decisão clínica pode ser enviesada por percepções racializadas, afetando a oferta e a indicação de tratamentos. O racismo estrutural também se traduz em barreiras de acesso, que dificultam o ingresso e a permanência de pessoas negras em serviços de saúde de qualidade, aprofundando desigualdades e comprometendo o princípio da equidade no Sistema Único de Saúde^{25,26}.

Tipos de dificuldades funcionais

Os percentuais de pessoas com deficiência por tipos de dificuldades permanentes variam entre os municípios, evidenciando uma variabilidade na distribuição territorial do estado. Segundo o IBGE, as dificuldades relatadas são: para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato; para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos; para andar ou subir degraus, mesmo usando prótese ou outro aparelho de auxílio; para pegar pequenos objetos, como botões ou lápis, ou abrir e fechar tampas de garrafas, mesmo usando aparelho de auxílio e para se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar ou estudar por causa de alguma limitação nas funções mentais.

Também é expresso que se considera pessoa com deficiência aquela que respondeu, em ao menos um dos tipos de dificuldades funcionais, que “Tem muita dificuldade” ou “Não consegue de modo algum” para “Grau de dificuldade funcional”. Desta forma, pode-se agrupar as informações por tipo de deficiências como: deficiência física, visual, auditiva e intelectual. A figura 4 ilustra as variações entre os municípios de Pernambuco, apresentando através de mapas coropléticos com distribuição percentual por tipo de deficiência.

Figura 4. Percentual de pessoas com deficiências por tipo de deficiência nos municípios do estado de Pernambuco



Legenda: (a) Deficiência física; (b) Deficiência visual; (c) Deficiência auditiva e (d) Deficiência intelectual. O gradiente de cores representa o percentual da população municipal que declarou possuir dificuldade funcional, variando de valores mais baixos (tons de azul), médios (tons de amarelo) e mais altos (tons de vermelho).

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Os resultados apresentados neste estudo evidenciam a magnitude e a complexidade da população com deficiência em Pernambuco, revelando desigualdades que atravessam dimensões territoriais, socioeconômicas, raciais e de gênero. A partir dos dados do Censo Demográfico de 2022, compreende-se que a deficiência deve ser entendida como um fenômeno social e político, influenciado pelas condições de vida, pelo acesso a oportunidades e pela interação entre diferentes vulnerabilidades.

A análise interseccional, considerando gênero, raça/cor, faixa etária e território, mostra que as desigualdades estruturais persistem e moldam o modo como as pessoas com deficiência vivenciam o cuidado e a participação social. Nesse contexto, a regionalização do cuidado torna-se essencial para a efetividade das políticas públicas, permitindo reconhecer as especificidades locais e otimizar a rede de cuidados da pessoa com deficiência.

Portanto, este perfil epidemiológico não deve ser apenas um retrato estatístico, mas um instrumento orientador para a formulação e o monitoramento de políticas públicas inclusivas e intersetoriais. Ao evidenciar as disparidades e identificar territórios mais vulneráveis, o estudo oferece subsídios para decisões baseadas em evidências, fortalecendo o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde e contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e acessível para todas as pessoas com deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia> (2006, accessed 1 July 2025).
2. Brasil. Lei N° 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília, https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm (2015, accessed 1 July 2025).
3. IBGE. Censo Demográfico 2022 : pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista : resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102178.pdf> (accessed 1 July 2025).
4. Botelho LC, Lenzi MB. Trajectory of identifying people with disabilities in Brazil: an analysis of IBGE household surveys. *Ciênc saúde coletiva* 2024; 29: e03932024.
5. Martins CF, Albuquerque MDSVD, Oliveira RSD, et al. Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. *Physis* 2023; 33: e33062.

6. Rodríguez Gatta D, Rotenberg S, Allel K, et al. Access to general health care among people with disabilities in Latin America and the Caribbean: a systematic review of quantitative research. *The Lancet Regional Health - Americas* 2024; 32: 100701.
7. Polack S, Ramos VD, Köptcke LS, et al. Disability inclusion in the Brazilian health system: results of a health system assessment. Epub ahead of print 5 June 2024. DOI: 10.1101/2024.06.04.24308469.
8. Kavanagh A, Fortune N, Disney G, et al. The role of epidemiology in improving the health of people with disability. *International Journal of Epidemiology* 2021; 50: dyab168.337.
9. Da Cunha M, Santos H, De Carvalho M, et al. Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. *IJERPH* 2022; 19: 1472.
10. Wiegand BB, De Meirelles JML. Saúde das pessoas com deficiência no Brasil: Uma revisão integrativa na perspectiva bioética. *Rev latinoam bioet* 2020; 19: 29–44.
11. Leveille SG, Resnick HE, Balfour J. Gender differences in disability: Evidence and underlying reasons. *Aging Clin Exp Res* 2000; 12: 106–112.
12. Lee J, Meijer E, Phillips D, et al. Disability Incidence Rates for Men and Women in 23 Countries: Evidence on Health Effects of Gender Inequality. *The Journals of Gerontology: Series A* 2021; 76: 328–338.
13. Santosa A, Schröders J, Vaezghasemi M, et al. Inequality in disability-free life expectancies among older men and women in six countries with developing economies. *J Epidemiol Community Health* 2016; 70: 855–861.
14. Iwamoto SJ, Defreyne J, Rothman MS, et al. Health considerations for transgender women and remaining unknowns: a narrative review. *Therapeutic Advances in Endocrinology*; 10. Epub ahead of print January 2019. DOI: 10.1177/2042018819871166.
15. Romano H. Les personnes transgenres face aux soins. *Soins* 2022; 67: 39–43.
16. Scheim AI, Baker KE, Restar AJ, et al. Health and Health Care Among Transgender Adults in the United States. *Annu Rev Public Health* 2022; 43: 503–523.
17. Dombrowsky T. Trajectories of Functional Decline in Older Adults: A Latent Class Growth Curve Analysis. *West J Nurs Res* 2023; 45: 715–725.
18. Colón-Emeric CS, Whitson HE, Pavon J, et al. Functional decline in older adults. *Am Fam Physician* 2013; 88: 388–394.

19. Tchalla A, Laubarie-Mouret C, Cardinaud N, et al. Risk factors of frailty and functional disability in community-dwelling older adults: across-sectional analysis of the FREEDOM-LNA cohort study. *BMC Geriatr*;
20. Epub ahead of print 19 September 2022. DOI: 10.1186/s12877-022-03447-z.
21. Wada T. [Functional decline in older people]. *Nihon Rinsho* 2013; 71: 1727–1732.
22. Shang Y, Fratiglioni L, Vetrano DL, et al. Not Only Diabetes but Also Prediabetes Leads to Functional Decline and Disability in Older Adults. *Diabetes Care* 2021; 44: 690–698.
23. Galvan MJ, Payne BK. Implicit Bias as a Cognitive Manifestation of Systemic Racism. *Daedalus* 2024; 153: 106–122.
24. Banaji MR, Fiske ST, Massey DS. Systemic racism: individuals and interactions, institutions and society. *Cogn Research*; 6. Epub ahead of print 20 December 2021. DOI: 10.1186/s41235-021-00349-3.
25. Kabir R, Zaidi ST. Implicit Bias Against BIPOC Patients in Clinical Settings: A Qualitative Review. *Spectra Undergraduate Research Journal*; 2. Epub ahead of print 28 February 2022. DOI: 10.9741/2766-7227.1014.
26. Nampally M. Is It All in Our Heads? An Investigation into American and Historical Legacies of Racism and Social Frameworks that Perpetuate
27. Racial Inequalities in Twenty-First Century Healthcare Systems. *ArestyRURJ*; 1. Epub ahead of print 1 December 2022. DOI: 10.14713/arestyrurj.v1i4.212.
28. Dryden O. Systemic Anti-Blackness in Healthcare: What the COVID-19 Pandemic Revealed about Anti-Black Racism in Canada. *Healthc Pap* 2023; 21: 9–23.

IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA VIII REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM E TRANSFORMAÇÃO¹

Eliane Oliveira da Silva
Laís Ferrari dos Santos
Kalliny Mirella Gonçalves Barbosa
Alita Ruth Ferraz de Lucena
Ana Célia de Almeida Carvalho

Secretaria de Saúde de Pernambuco, VIII Gerência Regional de Saúde, Petrolina, Pernambuco

TEMA 1
ATENÇÃO
PRIMÁRIA

INTRODUÇÃO

Emergências em saúde pública são situações que demandam ações urgentes para prevenir, controlar e conter riscos, danos e agravos à saúde da população¹. Essas emergências podem ser de natureza epidemiológica, como surtos e epidemias; de desastres naturais ou tecnológicos; ou de desassistência à população, como a falta de acesso a serviços de saúde essenciais².

É nesse contexto que o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIE-VS) está estruturado em uma rede com atuação em diferentes níveis e territórios do Brasil, desempenhando papel estratégico na vigilância,

Palavras-chave: vigilância epidemiológica, emergências em saúde pública, inteligência epidemiológica.

detecção precoce, resposta às emergências e aos eventos de saúde pública³.

Nesse sentido, a estruturação do CIEVS visa integrar os municípios, aprimorar a comunicação entre os diversos níveis de gestão e garantir uma resposta eficiente e articulada frente a situações de risco⁴.

A atuação do CIEVS é fundamental para a prevenção e controle de surtos de doenças transmissíveis, desastres naturais ou outros eventos de saúde pública⁴. Por meio da coleta sistemática de dados, análise de padrões epidemiológicos e emissão de alertas, o CIEVS possibilita a adoção de medidas imediatas, reduzindo impactos sobre a população e fortalecendo a segurança sanitária⁵.

Na VIII Região de Saúde de Pernambuco, o CIEVS foi implantado após a publicação da Portaria nº 3.303, de 29 de novembro de 2021⁶, que estabeleceu critérios para sua criação, considerando fatores como a presença de portos e hidrovias, integração agropecuária, atividades comerciais e de serviços, além da existência de centros urbanos, polos industriais e redes de atenção à saúde, sendo a região contemplada por alguns desses critérios.

A expansão da Rede CIEVS no país tem sido expressiva nos últimos anos, evidenciando a crescente demanda por fortalecimento das ações de vigilância e inteligência epidemiológica. Até 2020, o Brasil contava com 55 unidades do CIEVS, distribuídas entre estados, capitais e uma unidade de fronteira. Dados mais recentes indicam um total de 190 unidades em funcionamento em todo o território nacional, sendo: uma unidade nacional, 27 estaduais (incluindo o Distrito Federal), 42 regionais, 26 em capitais, 46 municipais, 14 em áreas de fronteira e 34 unidades nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)⁷.

O CIEVS se destaca não apenas no campo da vigilância em saúde, mas como um componente estratégico de toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em razão de sua capacidade de

atuar com base em inteligência epidemiológica frente à potenciais emergências de saúde pública¹. Essa abordagem contribui diretamente para uma resposta rápida, articulada e eficaz diante de eventuais ameaças à saúde coletiva^{9,10}.

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência exitosa da implantação do CIEVS na VIII Região de Saúde de Pernambuco, destacando os principais resultados alcançados no período de janeiro de 2022 a junho de 2025 no processo de fortalecimento da vigilância com referência da rede de inteligência em saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência da VIII Região de Saúde de Pernambuco, que descreve o êxito na implantação do CIEVS, no período compreendido entre janeiro de 2022 e junho de 2025.

O CIEVS regional implantado abrange os sete municípios que compõem a VIII Região de Saúde do estado de Pernambuco: Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista. Esta região está inserida na IV Macrorregião de Saúde do Estado e integra a Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia (MIS/PEBA), o que lhe confere um papel estratégico interestadual, em razão da diversidade de fluxos populacionais, econômicos e assistenciais, além de potencial ocorrência de eventos de relevância epidemiológica.

Essa unidade regional do CIEVS, pioneira no modelo de atuação descentralizada em Pernambuco, foi oficialmente reconhecida por sua performance ao ser premiada em dezembro de 2022 pelas estratégias de resposta à Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da Mpox, consolidando-se como referência regional, destacando-se pela abrangência de sua atuação e pela capacidade de articulação regional nas ações de vigilância, alerta e resposta.

A estrutura deste relato está organizada com base nos principais eixos que norteiam a atuação da Rede CIEVS: preparação, detecção de eventos de saúde, monitoramento, resposta a eventos e compartilhamento de experiências, evidenciando os resultados alcançados e os impactos gerados na qualificação da vigilância em saúde da região.

Nessa perspectiva, quanto à preparação, esta configura-se como uma etapa essencial no âmbito das Emergências em Saúde Pública, sendo amplamente fortalecida na VIII Região de Saúde de Pernambuco após a implantação do CIEVS. Um dos marcos desse processo foi a criação do Comitê de Avaliação e Monitoramento de Eventos de Saúde Pública Regional (CAMER), instituído por meio da Resolução CIR da VIII Região de Saúde nº 421, de 28 de dezembro de 2023.

O CAMER consolidou-se como um espaço estratégico de articulação e governança, promovendo a integração entre a Atenção Primária à Saúde, a Vigilância Epidemiológica Hospitalar e as demais áreas da Vigilância em Saúde. Essa instância passou a discutir e monitorar de forma conjunta temáticas relevantes para o território, fortalecendo a capacidade regional de preparação e resposta frente a potenciais emergências em saúde pública.

Ademais, a estratégia de vigilância de rumores foi implantada pelo CIEVS da VIII Região de Saúde com o objetivo de fortalecer e qualificar a capacidade de detecção precoce de eventos de saúde pública. Essa abordagem visa identificar sinais atípicos, rumores ou informações ainda não confirmadas que possam representar risco à saúde coletiva, permitindo a avaliação oportuna de ameaças e a emissão de alertas à rede assistencial sempre que houver indícios relevantes de risco iminente⁴.

A detecção de rumores segue uma metodologia baseada em dois pilares: a avaliação de relevância, que analisa o potencial impacto do evento, e a avaliação de risco, aplicada nos casos em que há confirmação do evento. As variáveis trabalhadas nas

avaliações são fundamentais para orientar a priorização das respostas, definir o nível de relevância e o risco, estabelecer os fluxos de atuação, mobilizar ações de acordo com a gravidade do cenário identificado.

Por meio dessa estratégia, foi possível conduzir importantes ações de investigação e resposta, como: o enfrentamento a uma *fake news* sobre o suposto risco de rompimento da Barragem de Sobradinho; a apuração da mortandade de peixes no Rio São Francisco, no município de Santa Maria da Boa Vista; a investigação de um surto por intoxicação por amônia; além da detecção e resposta a surtos de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA). Essas experiências reforçam o papel estratégico da vigilância de rumores como ferramenta de alerta precoce e proteção à saúde pública regional.

No que concerne ao monitoramento realizado pelo CIEVS da VIII Região de Saúde contempla, de forma sistemática, as doenças de notificação compulsória, especialmente às doenças de notificação compulsória imediata, conforme a lista estabelecida pelo Estado de Pernambuco e pelo Ministério da Saúde. No entanto, eventos e agravos que não integram essa lista também são acompanhados quando apresentam potencial relevância epidemiológica ou risco à saúde pública, demonstrando a flexibilidade e a sensibilidade do sistema frente a cenários emergentes.

Nesse sentido, a atuação do CIEVS tem contribuído significativamente para a qualificação do processo de monitoramento, aprimorando a análise de dados, o acompanhamento de tendências e a detecção oportuna de eventos. Além disso, favoreceu a integração entre as áreas técnicas da vigilância em saúde, promovendo uma articulação mais eficaz com os serviços de atenção hospitalar e atenção primária à saúde, o que ampliou a capilaridade das ações e a capacidade de resposta frente aos eventos monitorados.

A detecção e o monitoramento oportunos realizados pelo CIEVS da VIII Região de Saúde permitiram, em diversos con-

textos, a execução de ações de resposta que objetivaram a mitigação dos impactos à saúde humana relacionados a eventos e emergência de saúde pública. Essas respostas foram conduzidas de forma articulada com os diferentes níveis de gestão e áreas técnicas, reforçando a capacidade regional de enfrentamento a eventos emergenciais.

Dentre as investigações de surtos de DTHA realizadas, destaca-se a que ocorreu em maio de 2022, por meio da vigilância de rumores, foi identificado um surto de Doença de Transmissão Hídrica e Alimentar (DTHA) em uma escola de ensino integral no município de Petrolina. A análise do sinal levou à sua verificação e posterior confirmação, desencadeando a investigação epidemiológica e a resposta ao evento. A atuação foi coordenada de forma integrada entre o CIEVS regional, a área técnica de DTHA municipal e regional, a coordenação de epidemiologia das duas esferas, a vigilância sanitária local e representantes do VIGIAGUA, assegurando uma abordagem multidisciplinar e eficaz.

No mesmo mês, o CIEVS também liderou a resposta à emergência de Mpox, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. A ação se deu a partir de cinco eixos: mobilização integrada, apoio assistencial, monitoramento, investigação de campo e produção de materiais técnicos. A condução exitosa dessa resposta resultou no reconhecimento nacional do trabalho, com premiação na II EXPOCIEVS & VII Encontro Nacional da Rede CIEVS, na categoria “Resposta a Eventos de Saúde”.

Em 2023, o CIEVS coordenou a resposta a um surto de intoxicação por amônia, atuando em conjunto com áreas técnicas especializadas. Ainda nesse ano, a investigação da mortandade de peixes no Rio São Francisco, na região de Santa Maria da Boa Vista, foi considerada uma ação crucial diante do potencial risco à saúde humana decorrente da exposição a contaminantes ambientais.

Nos anos de 2024 e 2025, o CIEVS manteve-se ativo na condução de ações de resposta, alinhando-se continuamente com as áreas técnicas envolvidas e apoiando a execução de ações estratégicas às temáticas prioritárias frente à potenciais emergências de saúde pública, o que contribuiu significativamente para a qualificação e fortalecimento da rede de atenção à saúde da região.

Dessa forma, entre dezembro de 2022 e junho de 2025, o CIEVS da VIII Região de Saúde promoveu e participou de encontros com outras unidades da Rede CIEVS, com o objetivo de compartilhar experiências, rotinas, metodologias, produtos e inovações. Essa troca de saberes foi especialmente incentivada pelo pioneirismo da unidade regional, a primeira a ser implantada no estado de Pernambuco.

O reconhecimento da atuação da VIII Região como modelo de referência fortaleceu o papel da cooperação técnica entre regiões e ampliou o alcance das estratégias bem-sucedidas de vigilância, detecção e resposta a eventos de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A implantação do CIEVS na VIII Região de Saúde de Pernambuco representa um marco para a qualificação da vigilância, da resposta e da articulação regional frente às emergências em saúde pública. A experiência exitosa relatada demonstra o impacto positivo da regionalização de um sistema de inteligência epidemiológica, capaz de prever, detectar, monitorar e coordenar respostas oportunas diante de eventos relevantes à saúde da população.

Ao longo do período de janeiro de 2022 a junho de 2025, observou-se um avanço significativo nos mecanismos de preparação da rede, integração interinstitucional e efetividade das ações de resposta, refletindo diretamente na capacidade do território de enfrentar situações complexas como surtos, ameaças ambientais, eventos de importância internacional e nacional.

A criação e atuação do CAMER, a implementação da vigilância de rumores e a consolidação de protocolos de monitoramento e resposta reforçaram o papel estratégico do CIEVS como articulador e catalisador de ações. Além disso, a condução bem-sucedida de respostas a eventos como a Mpox, surtos por DTHA e incidentes ambientais como a mortandade de peixes demonstram o grau de maturidade técnica e de prontidão alcançado pela unidade regional.

O pioneirismo do CIEVS da VIII Região de Saúde em Pernambuco, associado à sua ampla abrangência territorial e capacidade de articulação interestadual no contexto da MIS/PEBA, tornou-se uma referência para outras regiões, contribuindo para o fortalecimento da Rede CIEVS nacionalmente.

Entretanto, os desafios persistem e há necessidade contínua de qualificação de equipes, consolidação de fluxos entre os níveis de atenção e vigilância, além da superação de barreiras estruturais e de comunicação entre setores, reforça a importância da sustentabilidade dessas ações e do compromisso político-institucional com a vigilância em saúde.

Conclui-se que o fortalecimento do CIEVS enquanto componente estratégico do SUS é essencial para uma resposta rápida, coordenada e eficaz frente às emergências em saúde pública, e que o modelo desenvolvido na VIII Região de Saúde pode e deve ser replicado em outras regiões do país, respeitando as especificidades territoriais e promovendo a vigilância como eixo central da proteção à saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Carmo EH. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. Saúde debate [Internet]. 2020Jul;44(spe2):9–19. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E201>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 4.641, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2022. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível:https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt4641_29_12_2022.html Acesso: 18/08/2025
4. Lopes NB, Albuquerque AC de, Felisberto E. Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco: um estudo de caso. *Saúde debate* [Internet]. 2019Jul;43(122):712–26.
5. Lima SS et al. A strategy action from the Cievs/Pernambuco in response to the emergency on Congenital Syndrome associated to Zika virus infection: an integrative action. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2018Apr;18(2):437–42.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.303, de 29 de novembro de 2021. Autoriza o repasse de recursos do Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde para o fortalecimento dos Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ed. 224, p. 148, 30 nov. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3303_30_11_2021.html. Acesso em: 18/08/2025.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cievs>. Acesso: 21/07/2025
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergência em Saúde Pública. Curso Básico da Rede Cievs. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023
9. Dimech GS. A experiência do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS/SVS/MS). *Salas de Situação em Saúde*. 2010;101.
10. Souza ASS, et al. History of the implementation of public health emergency management in Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2025;34:e20240498. doi:10.1590/S2237-96222024v34e20240498.

CONEXÃO PICS: SÉRIE DE TRANSMISSÕES VIRTUAIS PARA O DIÁLOGO COM A ÁREA TÉCNICA

Virgínia Maria Holanda de Moura¹

Emanuelly Correia de Lemos²

Thalia Ariadne Peña Aragão²

Arnaldo Cesar Boa Viagem²

Cristovão Barros Rodrigues dos Santos³

¹Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

²Escola de Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco

³Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco

TEMA 1
ATENÇÃO
PRIMÁRIA

INTRODUÇÃO

A tecnologia se configura como recursos que podem ser aliados do ser humano, por meio destes, entre outras tantas possibilidades, é possível amenizar as distâncias geográficas, ministrar aulas virtuais e/ou online, realizar compras, entreter, trabalhar, estudar e pesquisar.

As Rodas de Diálogo virtuais são utilizadas como técnicas formativas, promovendo a expressão de sentimentos, pensamentos e comportamentos relacionados à saúde e à educação. No formato on-line, as pessoas se conectam a internet e ficam disponíveis na tela do seu dispositivo, seja smartphone, notebook, tablet ou computador de mesa.

Palavras-Chave: Práticas Integrativas e Complementares, Educação Continuada, webinar.

Neste contexto, forma-se uma sequência de imagens de pessoas conectadas de lugares diferentes e pressupõe um exercício de fala e escuta¹⁻³.

Pode ser realizada com pequeno ou grande grupo, restrita ou expandida, de qualquer lugar do mundo, independente de distanciamento geográfico, em dia e horário previamente agendado.

Apresenta potencialidades que merecem destaques, tais como, a possibilidade do distanciamento geográfico, a preservação da saúde e da vida, economia de recursos financeiros com transporte, otimização do tempo de pesquisa, de maneira que os/as participantes não precisam se deslocar, podendo participar em um lugar familiar, o que pode trazer conforto^{4,5}.

Contudo, é necessário atentar para o bem-estar dos/as participantes na tela, o tempo de realização da atividade, assim como o desenvolvimento de um ambiente propício para que as pessoas possam dialogar, compartilhar as suas histórias e aprendizagens de forma prazerosa e espontânea⁶.

O presente relato pretende descrever o processo de construção das transmissões virtuais sobre Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), realizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), através Referência da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC), em parceria com a Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET) e a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

Tal iniciativa teve o objetivo de informar, refletir e qualificar profissionais, estudantes e todos os interessados em acessar materiais que evidenciam fundamentos científicos, normas legais e outras informações relevantes que fortalecem as PICS e os saberes tradicionais na Rede de Atenção à Saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

As Rodas de Diálogos sobre as PICS, foram idealizadas em dezembro de 2023 pela Referência Técnica para PEPIC-PE, em parceria com a ESPPE, que já realiza no seu processo de trabalho, “Rodas de Diálogos com as Áreas Técnicas”. Foram realizadas duas reuniões técnicas com a ESPPE para definição dos temas a serem discutidos, a identidade virtual e o registro dos participantes.

Em 2024, no período de 7 a 30 de janeiro, aconteceram virtualmente, sete séries de transmissões virtuais para o diálogo sobre as PICS, duas vezes por semana, durante 2 horas e 30 min, através do canal oficial do YouTube da ESPPE (youtube.com/esppe), com os seguintes temas:

Contexto histórico da institucionalização das práticas integrativas e complementares em saúde no SUS
Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS
Práticas integrativas e complementares em saúde e planejamento em saúde
Estratégias de implementação da política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS (PNPIC) nos municípios
Sistemas de informação em saúde: registro e monitoramento das práticas integrativas e complementares em saúde
PICS na atenção à saúde
Uso de evidência em PICS – Revisões, sumarização e sistematizações

Esta atividade gerou certificado de participação para todos que estiveram presentes ao vivo, bem como os palestrantes e mediadores, houve um pico máximo de participação simultânea de 48 e mínimo de 21 participantes.

Todas as rodas foram gravadas e estão disponíveis na Biblioteca Virtual de Aprendizagem - Conexões PICS: Diálogos para a rede de atenção à saúde⁷⁻¹⁰.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Percebeu-se que a roda de conversa online foi de grande valia para todos os participantes, a partir das considerações descritas no chat, durante as discussões e no momento final, pois essa é uma técnica eficaz para o compartilhamento de experiências, promovendo diálogo, reflexão e formação. Contudo, seu sucesso exige planejamento prévio rigoroso por parte do pesquisador, a fim de garantir a participação fluida dos envolvidos e evitar intercorrências técnicas que possam comprometer a interação e a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Varal da Saúde Mental e Rodas de Diálogo: técnicas e métodos ativos na investigação qualitativa em saúde e educação. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2025 maio [acesso em 4 jul. 2025];30(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320253005.02122025>
2. Roda de conversa on-line: perspectivas e desafios da técnica. *Momento – Diálogos em Educação* [Internet]. 2022 nov [acesso em 5 jul. 2025];31(3):126-43. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/momento.v31i03.14008>
3. Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Conexões PICS: diálogos para Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Recife: Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); [acesso em 3 jul. 2025]. Disponível em: <https://esppe.saude.pe.gov.br/course/view.php?id=960>
4. Assis A. Os sentidos da roda: práticas grupais na investigação qualitativa em saúde. *New Trends in Qualitative Research / Investigação Qualitativa em Saúde* [Internet]. 2023 [acesso em 4 jul. 2025];18:e842. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.1023.e842>
5. Ricci ÉC, Borba AB, Silva JS, Pereira FM, Souza L. Avaliação de serviços de saúde mental com participação de usuários: revisão sistemática qualitativa. *Psicologia e Saúde* [Internet]. 2020 [acesso em 4 jul. 2025];12(2):155-72. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762020000200012&script=sci_arttext
6. Fernandes CS, Silva A, Gomes A. Photovoice como método de pesquisa para educação em saúde: revisão integrativa. *Fenomenologia & Educação* [Internet]. 2021 [acesso em 4 jul. 2025];8(1):45-62. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/51434>

7. Rocha NHN, Santos A, Silva L. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários de saúde. *Teoria e Sociedade* [Internet]. 2015 [acesso em 4 jul. 2025];23(2):177-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/PxRG96sZXJh-ckkXwv5ZscDf>
8. Silva A, Lima ML, Oliveira F. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da atenção primária. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2018 [acesso em 4 jul. 2025];27(3):723-38. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/148236>
9. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 set [acesso em 4 jul. 2025];17(9):2193-2202. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8NZjBqQKHGdkMW3TkVYWkVg>
10. Baixinho CL. Investigação qualitativa e transformação da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 maio [acesso em 4 jul. 2025];24(5):1573-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9hzFPQ9rBQb5B7BfqcFfh6x>

IMPACTOS NA INSERÇÃO DE CAMPO AUTODECLARÁVEL DE PERTENCIMENTO A POVOS TRADICIONAIS (CIGANOS) NOS PRONTUÁRIOS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO¹

Leonardo de Barros Lopes

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

Apesar do marco jurídico da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), publicada através da Portaria nº 2.866¹, que define e reconhece os Povos e Comunidades Tradicionais - PCTs, o Brasil ainda enfrenta uma persistente inconsistência nos dados referentes a esses grupos, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo foca na invisibilidade dos grupos tradicionais ciganos nos bancos de dados do sistema público de saúde de Pernambuco.

Pernambuco abriga aproximadamente 22 mil ciganos, representando 2,75% do total de 800 mil indivíduos distribuídos em 849 municípios brasileiros², mas a legislação existente não garante a coleta de informações precisas sobre o uso dos serviços de saúde por essa população.

Palavras-chave: Ciganos, Povos tradicionais, Saúde dos povos ciganos e Ciganos Romani, Autodeclaração.

Essa fragilidade dos dados decorre de múltiplas causas: há falhas no processo de identificação nas unidades de saúde e abordagens receptivas inapropriadas que frequentemente causam constrangimento e reavivam suas trajetórias.

Fatores históricos de perseguição, difamações e o nomadismo contribuem para estigmas marginalizadores, levando ao isolamento e à omissão identitária de indivíduos e famílias ciganas. O medo de exposição e racismo resulta em relutância na autodeclaração e no “negacionismo cultural”, ocultando características grupais como vestimentas e crenças.

A ausência de ferramentas e abordagens direcionadas impede que o SUS entenda, respeite e adéque a prestação de serviços às realidades socioculturais dos ciganos, impossibilitando o direcionamento eficaz de políticas e estratégias assistenciais.

Para superar essa invisibilidade, o texto propõe o aprimoramento do registro étnico nos sistemas de saúde, indo além das classificações de raça/cor. Sugere a implementação de um campo autodeclaratório nas fichas de saúde para coletar dados precisos e subsidiar políticas públicas que combatam iniquidades. É fundamental a capacitação de todos os profissionais de saúde – da triagem ao atendimento – para acolher e coletar essas informações de forma sensível, promovendo uma cultura antirracista e equitativa. A inserção desse campo de autodeclaração no momento da triagem/classificação de risco é vista como uma estratégia discreta para aproximar esses públicos e gerar dados.

MATERIAL E MÉTODO

A metodologia do estudo foi concebida para abordar a complexa questão da invisibilidade dos grupos tradicionais ciganos nos bancos de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente no estado de Pernambuco.

Tipo de Estudo e Delineamento

O estudo é classificado como observacional e transversal, com um delineamento de pesquisa analítica temporal. O foco principal é a inexistência de informações e a inconsistência de dados referentes aos atendimentos dos Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs) nas unidades de saúde públicas de Pernambuco, com ênfase particular na população cigana/Romani. Essa população representa aproximadamente 0,23% da população pernambucana (cerca de 22 mil ciganos, ou 2,75% do total étnico- nacional) e, apesar de sua expressividade, ainda luta por políticas públicas afirmativas, enfrentando desafios como falhas no processo de identificação e abordagens receptivas inapropriadas nas unidades de saúde³.

Justificativa da Abordagem Metodológica

A principal causa para a ausência de dados é identificada como a não existência de um campo autodeclaratório nos prontuários das instalações de atendimento em saúde. Essa lacuna impede a geração de dados quantificados sobre a procura e o atendimento clínico dessas populações. Diante da “não linearidade das informações existentes”, optou-se por um estudo qualitativo, o que permitiu:

- Confrontar dados secundários numéricos para determinar proporcionalidades estatísticas descritivas;
- Realizar análises descritivas, por vezes quantitativas através de estudo documental.

Essa escolha metodológica é crucial porque a invisibilidade dos ciganos é multifacetada, envolvendo não apenas a falta de campos de registro, mas também fatores históricos e sociais, como o medo de exposição e racismo que leva à relutância em se autodeclarar e ao “negacionismo cultural”, omissão de vestimentas, adornos, crenças e musicalidade. A ausência de ferramentas e abordagens direcionadas impede que o SUS com-

preenda e atenda adequadamente às realidades socioculturais desses grupos.

Técnicas de Coleta e Análise de Dados

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

- *Pesquisa Bibliográfica e Documental:* Foi realizada uma extensa pesquisa bibliográfica em periódicos, bancos de dados públicos, Organizações Não Governamentais (ONGs), acervos históricos e Casas Legislativas. Essa abordagem permitiu não só contextualizar a questão, mas também analisar o marco jurídico existente, como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que define povos e comunidades tradicionais. A pesquisa documental também foi fundamental para identificar as causas da fragilidade dos dados, como as falhas nos processos de identificação e as abordagens inapropriadas nas unidades de saúde.
- *Matriz de Análise de Dados Qualitativos:* A utilização deste método permitiu estruturar, classificar, comparar e interpretar o vasto material coletado. Essa técnica é essencial para organizar informações heterogêneas e identificar padrões e lacunas na representação dos dados sobre os ciganos.
- *Período de Coleta:* As informações foram coletadas no período de 16 de junho a 30 de agosto de 2025.

Considerações Éticas e Tratamento dos Dados

Embora o estudo aborde questões etnográficas, a metodologia aponta que não foi necessária a submissão a um comitê de ética, conforme a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024⁴. As informações coletadas foram sintetizadas e contextualizadas

pelo autor no decorrer do trabalho. Este processo teve como objetivo principal evidenciar a própria condição de inexistência e/ou incongruência de dados devido à ausência de informações dos pacientes nos bancos de dados públicos de saúde de Pernambuco, uma realidade que, segundo o estudo, se reflete em outros estados da federação. Isso reforça a necessidade de aprimorar o registro étnico nos sistemas de saúde brasileiros, incluindo um campo autodeclaratório nas fichas de saúde para subsidiar políticas públicas que combatam iniquidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Perfil dos Povos Ciganos no Brasil

Trajetória Histórica e Migrações

A origem dos povos ciganos remonta ao êxodo da Índia, por volta do ano 1000, motivado por invasões islâmicas, guerras e conflitos políticos. Esse processo migratório levou-os à Europa, onde sua presença foi marcada por marginalização e preconceito⁵. No século XVI, a coroa portuguesa determinou a deportação de grupos ciganos para o Brasil. Essa decisão baseou-se em pressões sociais que os acusavam de hereges, propagadores de doenças e epidemias relacionadas à sua mobilidade, além de rotulá-los por delinquentes/criminosos, em muitos casos sem provas consistentes⁶.

O primeiro registro oficial em território brasileiro data de 1574, com a chegada de João de Torres, sua esposa Angelina e seus filhos, condenados ao degredo por serem ciganos⁷. Em Pernambuco, a documentação mais antiga remonta a 1594, nos registros de confissões ao “Santo Ofício” relacionadas a heresias⁸.

Perseguições e Memória Histórica

Um dos episódios mais marcantes da memória cigana é o holocausto ocorrido em 02 de agosto de 1944, conhecido como *Zigeunernacht* (“Noite dos Ciganos”), quando milhares foram exterminados nos campos de concentração nazistas vítimas do racismo científico e da proposta eugenista ariana.

Estima-se que cerca de 500 mil ciganos tenham sido mortos, evento lembrado como *Porrajmos*⁹, (“a grande devoração”) na língua originária Romani^{*2}. Essas perseguições moldaram um comportamento coletivo de desconfiança, reserva e resistência cultural. A experiência histórica de promessas sociais não cumpridas consolidou entre os povos ciganos uma postura de autoproteção e cautela frente às instituições externas.

A pessoa não cigana, por mais que tente projetar-se na situação, nunca conseguirá saber a verdadeira força das marcas das perseguições sofridas por um povo que há séculos vivencia um colonialismo estrutural. Este colonialismo se manifesta em todas as suas dimensões, englobando a Colonialidade do poder, a Colonialidade do ser, a Colonialidade do saber e a Colonialidade da Mãe-natureza¹⁰. Em essência, a experiência profunda e multifacetada de sofrimento do povo cigano devido a essa longa e complexa estrutura colonial é inacessível à compreensão de quem não pertence a essa comunidade.

Invisibilidade e Epistemicídio

A longa trajetória de preconceito reforçou a tendência de ocultação identitária, o que contribui para a ausência de informações oficiais sobre a localização e o número de comunidades ciganas no Brasil¹¹. Além disso, observa-se um processo de epistemicídio cultural, caracterizado pela desvalorização e silencia-

^{*2} Os Romani – os assim chamados ciganos – são um povo de origem desconhecida. A teoria mais aceita atualmente os identifica como um grupo originário da Índia, membros de uma casta militar.

mento de saberes tradicionais, práticas religiosas, musicalidade, modos de vestir e organização familiar. Essa negação da cultura cigana se insere em um modelo eugenista e discriminatório, que busca enquadrar as minorias em padrões sociais hegemônicos¹¹.

Fragilidade dos Dados e Territorialidade

A falta de informações numéricas sobre os povos ciganos não é exclusiva de Pernambuco, mas ocorre em todo o Brasil, inclusive no Distrito Federal¹², através das problemáticas de não aproximação dos grupos e pela falta de conhecimento étnico daquilo que caracteriza moradia e territorialidade para os membros ciganos.

“O sentimento e sentido geográfico desses povos é infinitamente maior quando se refere a sua área de atuação comercial. Tudo se torna uma extensão de seu “quintal, estendendo mais a metáfora, porque não precisa de “cerca”, mas sim de “chão” para pisar”¹².

O modo de vida cigano não se define por fronteiras físicas, mas por relações sociais e comerciais. Sua territorialidade é simbólica, pautada na confiança e na mobilidade, frequentemente observada em áreas próximas a rodovias e rotas de saída de cidades¹².

Outro aspecto que reforça sua complexidade cultural é o uso de diferentes nomes: cada indivíduo “manush”^{***3} pode ter um ou mais nomes para uso na comunidade e outro para lidar com pessoas externas¹³, os chamados *gazho*^{***4}. Segundo levantamento do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Etnicidade (NEPE/UFPE), foram identificadas comunidades de diferentes etnias em 29 municípios distribuídos por 12 Regiões

^{***3} Manush – Nomenclatura utilizada pelos ciganos para denominar membros da população cigana.

^{***4} Gazho – Nomenclatura utilizada pelos ciganos para denominar a população não cigana.

de Desenvolvimento de Pernambuco, revelando a diversidade e a dispersão territorial desses povos¹². Dados não visualizados nos bancos públicos de saúde e órgãos estatísticos.

Propostas de Mapeamento e Políticas Públicas

O mapeamento adequado dos povos ciganos deve considerar suas especificidades culturais. Isso inclui, por exemplo, respeitar tradições como a proibição de atendimento médico masculino a mulheres romani.

Uma medida essencial seria a inclusão de um campo auto-declarável nos formulários das unidades de saúde, permitindo registrar grupos étnicos não contemplados pela classificação na Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017 do IBGE, que se limita a cinco categorias de raça/cor (branca, preta, amarela, parda e indígena)¹⁴.

O não preenchimento do formulário no sistema, ou fazê-lo de forma errada ou inconsistente, acaba por trazer vieses prejudiciais em uma análise, afastando-a da realidade e impedindo ações mais efetivas ao cenário epidemiológico que se apresenta no Brasil. Preencher adequadamente irá desembocar numa base de dados de qualidade que permitirá uma estratificação e análise mais próxima da realidade, quando possivelmente vislumbraremos um cenário real e um bom diagnóstico situacional de agravos e doenças. Isto permitirá a possibilidade de reflexões para o estabelecimento de políticas públicas aprimoradas no propósito de erradicar e/ou minimizar as iniquidades em saúde¹⁵.

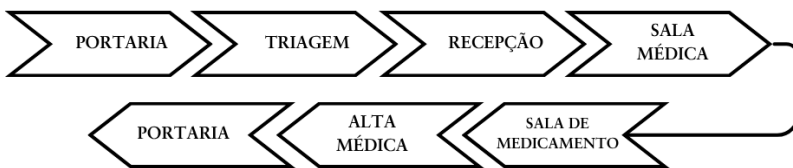
A correta coleta de dados possibilitaria identificar características epidemiológicas, como padrões de morbimortalidade****5, frequência de atendimentos, imunizações, doenças congênitas e adesão a tratamentos. Esse conhecimento permiti-

****5 Morbimortalidade é um termo médico que combina morbidade (a frequência de doenças em uma população) com a mortalidade (número de mortos deste grupo).

ria a formulação de políticas públicas mais eficazes e ajustadas às necessidades desse grupo¹⁵.

Outro ponto crucial é a mobilização e a conscientização dos profissionais que interagem com usuários nos serviços de saúde. Inspirados na concepção freiriana que todos no espaço escolar são educadores, aplica-se aqui a idéia de que todos nos ambientes hospitalares são agentes de saúde, independentemente da função¹⁶. Assim, porteiros, vigilantes e auxiliares também devem receber formação para garantir acolhimento respeitoso e livre de preconceitos, por representarem o primeiro contato no processo de acolhimento, variando de simples informação, ao preenchimento de dados pessoais na portaria.

Figura 1. fluxo de atendimento das Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Pernambuco – UPAsEs.



Fonte: O autor.

O fluxo demonstra a trajetória padrão do paciente durante todo o processo na unidade de saúde. Por desconhecimento do processo e da estrutura do equipamento, informações são solicitadas nos corredores e áreas comuns, um processo que apesar de informal, caracteriza-se como a primeira etapa (primeiro acesso) ao atendimento de saúde pública. Um ato preconceituoso ou racismo nesta abordagem preliminar poderá incorrer na evasão do paciente, ou comprometer todos os esforços de uma gestão pública de qualidade.

Marco Legal e Compromisso Antirracista

A promoção da equidade étnico-racial, já está prevista em marcos legais. A Lei nº 7.716/1989¹⁷, ou Lei Caó, estabeleceu originalmente os crimes de preconceito racial. Uma atualização crucial foi a Lei nº 14.532/2023¹⁸. Esta atualização equiparou a injúria racial ao crime de racismo, tornando-o inafiançável e imprescritível, um avanço legislativo para combater o preconceito no Brasil.

A Assembléia Legislativa de Pernambuco através da Resolução nº 2019/2024¹⁹, estabelece a necessidade de ações permanentes de combate à discriminação. Da mesma forma, a Constituição do Estado de Pernambuco, em seu artigo 5º, inciso XIV, determina o combate a todas as formas de preconceito de raça, cor, etnia, sexo, idade, religião e origem²⁰. Essas normativas reforçam a obrigação do poder público em garantir direitos e proteção às comunidades ciganas.

CONSIDERAÇÕES DO AUTOR

A trajetória histórica dos povos ciganos no Brasil é marcada por perseguições, invisibilidade e apagamento cultural. Desde as deportações forçadas no período colonial até o genocídio nazista, consolidou-se um padrão de marginalização que impacta diretamente a forma como essas comunidades se relacionam com a sociedade e com o Estado.

Atualmente, a ausência de dados consistentes perpetua a exclusão e impede a formulação de políticas de saúde adequadas. A introdução de mecanismos de autodeclaração e o fortalecimento da coleta de informações são passos fundamentais para romper com a invisibilidade. Esses dados, aliados a políticas públicas que considerem as particularidades culturais, possibilitarão uma abordagem mais justa e eficaz.

Para além da coleta de informações, é indispensável investir na capacitação de profissionais de saúde e em estratégias de

acolhimento que respeitem a diversidade cultural. Esse compromisso deve ser sustentado por legislações já existentes, mas efetivado em práticas cotidianas.

Em suma, garantir visibilidade e valorização aos povos ciganos é uma condição para combater o racismo étnico, promover a equidade e consolidar uma sociedade mais inclusiva.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde [Internet]. bvsms.saude.gov.br
2. Brasil. Ministério da Saúde. Povos Ciganos/Romani [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [citado 2025 ago 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/povos-ciganos-romani>
3. ALEPE P. Alepe - Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco [Internet]. Comissão de Cidadania ouve representantes do povo cigano; 31 maio 2023.
4. Brasil. Lei nº 14 874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União; 28 maio 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14874.htm. Acesso em: 18 ago. 2025.
5. Bonomo M, et al. Memória dos Troncos Velhos: um estudo sobre memória social entre ciganos. *Gerais Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2020 [citado ano mês dia];13(3):1–20. Disponível em: <https://doi.org/10.36298/gerais202013e15001>
6. Teixeira RC. História dos ciganos no Brasil. Recife: Núcleo de Estudos Ciganos; 2008.
7. Moonen F. A história esquecida do cigano no Brasil. *Saeculum* [UFPB]. 1996 Jul–Dez; (2).
8. Mendonça HF. Primeira visitação do Santo Ofício às partes do Brasil: denúncias e confissões de Pernambuco, 1593–1595. In: Mello JAG, editor. *Coleção Pernambucana*. 2ª fase. v.14. Recife: Governo de Pernambuco, Secretaria de Turismo, Cultura e Esportes, Fundação do Patrimônio Histórico e Artístico de Pernambuco, Diretoria de Assuntos Culturais; 1984.
9. Vatican News. Holocausto Cigano: a tragédia que o mundo esqueceu [Internet]. Vatican City: Vatican News; 2021 Aug 2 [cited 2025 Jul 14]. Available from: <https://www.vaticannews.va/pt/mundo/news/2021-08/holocausto-cigano-papa-francisco-perdao.html>
10. Mignolo W. A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental

- no horizonte conceitual da modernidade. In: Lander E, editor. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. 1st ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; 2005. p. 71–103.
11. CODEPLAN – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Invisibilidade e preconceito – um estudo exploratório dos ciganos no Distrito Federal. Texto para discussão. Brasília: Codeplan, 2016.
 12. Assis F (Chiquinho de Assis). Presença dos povos ciganos em Pernambuco na contemporaneidade [Internet]. Medium.com; 2022 Aug 23 [citado 2025 Jul 14]. Disponível em: <https://medium.com/mucunã/presen%C3%A7a-dos-povos-ciganos-em-pernambuco-na-contemporaneidade-d48081279e4>
 13. Embaixada Cigana do Brasil. Etnicidades ciganas no Brasil [Internet]. [citado 2025 ago 4]. Disponível em: https://www.embaixadacigana.org.br/etnicidades_ciganas_no_brasil.html
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Preenchimento da raça/cor se torna obrigatório nos sistemas de informação do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 fev [citado 2025 ago 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2017/fevereiro/preenchimento-da-raca-cor-se-torna-obrigatorio-nos-sistemas-de-informacao-do-sus>
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para a implementação da coleta do atributo raça/cor/etnia nos estabelecimentos de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2025 ago 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf
 15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
 16. Brasil. Lei nº 7.716, de 5 janeiro 1989. Define os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional. Diário Oficial da União 1989 Jan 6 [acesso 2025 Aug 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm
 17. Brasil. Lei nº 14.532, de 11 janeiro 2023. Altera a Lei nº 7.716, de 5 janeiro 1989 (Lei do Crime Racial), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 dezembro 1940 (Código Penal), para tipificar como crime de racismo a injúria racial, prever pena de suspensão de direito em caso de racismo praticado no contexto de atividade esportiva ou artística e prever pena para o racismo religioso, recreativo e praticado por funcionário público. Diário Oficial da União 2023 Jan 11 [acesso 2025 Aug 26]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l14532.htm

- gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14532.htm.
18. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco. Alepe antirracista [Internet]. Recife: Alepe; [citado 2025 ago 4]. Disponível em: <https://www.alepe.pe.gov.br/alepe-antirracista/>
 19. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco. Lei nº 18.318, de 17 de outubro de 2023 [Internet]. Recife: Alepe; 2023 [citado 2025 ago 4]. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=51247&tipo=>



MASCULINIDADES EM TERRITÓRIO QUILOMBOLA: UMA ESCUTA SENSÍVEL SOBRE PATERNIDADE E SAÚDE NO SERTÃO E AGRESTE DE PERNAMBUCO

Alisson Kleiton dos Anjos
Ana Carolina Freire Lopes

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

As questões relacionadas à saúde dos homens, especialmente dos homens negros e quilombolas, permanecem historicamente marcadas pela invisibilidade, pela subnotificação e pela ausência de escuta qualificada no interior das políticas públicas de saúde^{1,2}. Embora a Política Nacional de Saúde do Homem (PNSH), instituída em 2009, e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2006, apresentem diretrizes fundamentais para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), sua efetivação ainda enfrenta entraves estruturais, sobretudo quando se trata de alcançar populações tradicionais em seus próprios territórios^{3,4}. A distância entre o que está previsto nos documentos oficiais e o que se realiza na prática evidencia o descompasso entre as intenções normativas

do Estado e as vivências cotidianas, marcadas por desigualdades históricas, racismo estrutural e negligência institucional^{5,6}.

Entre os homens quilombolas, essa lacuna se torna ainda mais profunda diante da complexidade de seus modos de vida, sustentados por valores comunitários, saberes ancestrais e vínculos específicos com o território⁷. As masculinidades vividas nesses contextos não são homogêneas, mas compartilham elementos que, embora também presentes na masculinidade hegemônica, adquirem outros significados à luz da experiência quilombola. O trabalho rural, por exemplo, ultrapassa a ideia de provisão individual e se inscreve como expressão de pertencimento e de cuidado coletivo. Já o silêncio, frequentemente observado, pode representar tanto o reflexo das normas de gênero quanto uma forma histórica de resistência diante das ausências institucionais e do racismo estrutural⁸. Ainda assim, mesmo à margem das estruturas dominantes, essas masculinidades reproduzem práticas associadas ao modelo hegemônico, como o uso recorrente de álcool, o distanciamento afetivo, a violência contra a mulher e a paternidade não participativa^{9,10}.

Tais práticas podem ser compreendidas como mecanismos de reafirmação simbólica do que a sociedade espera do “ser homem”, mesmo quando contradizem os modos de vida locais. Em muitos casos, esses comportamentos funcionam como estratégias de pertencimento a um ideal dominante de masculinidade, especialmente em contextos de exclusão social¹⁰. A baixa escolarização, frequentemente associada à inserção precoce no trabalho rural, limita o acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva, dificultando o uso de métodos contraceptivos e a realização de um planejamento familiar adequado¹¹.

Foi nesse cenário que surgiu a experiência relatada neste artigo, desenvolvida no âmbito do projeto do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto MAPEAR. A iniciativa teve como objetivo subsidiar a construção de oficinas de qualifi-

cação profissional voltadas a equipes da Atenção Primária à Saúde, da Atenção Especializada e dos serviços de média e alta complexidade, com foco na melhoria do cuidado oferecido às populações quilombolas. Enquanto coordenador estadual de Saúde do Homem em Pernambuco, fui convidado a articular a ida das equipes a quatro comunidades quilombolas localizadas nos municípios de Garanhuns, Salgueiro e Cabrobó, nos meses de abril e dezembro de 2024. As ações priorizaram a escuta como estratégia metodológica, entendendo o ouvir como ferramenta essencial para a formulação de políticas públicas mais justas e culturalmente adequadas.

As escutas foram realizadas por meio de rodas de conversa com homens quilombolas de diferentes faixas etárias, orientadas por perguntas sobre masculinidade, paternidade, saúde e adoecimento. Mais do que coletar informações, buscou-se criar espaços de diálogo e confiança, capazes de revelar como esses homens constroem sentidos sobre suas experiências de vida e de cuidado. As rodas de conversa possibilitaram o compartilhamento de narrativas pessoais, percepções coletivas e modos de sofrimento que, muitas vezes, não encontram espaço nos serviços tradicionais de saúde¹².

Este artigo, portanto, propõe-se a relatar essa vivência de campo, marcada por uma escuta sensível e comprometida, e refletir sobre os caminhos possíveis para a construção de uma política de saúde do homem mais plural, territorializada e atenta às intersecções entre raça, gênero, território e cuidado^{13,14}. O relato parte da escuta direta das comunidades, considerando suas palavras, silêncios, estratégias de cuidado e críticas à atuação do Estado, com o intuito de contribuir para o fortalecimento de políticas públicas coerentes com os modos de vida quilombolas.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Contexto da ação

A experiência relatada neste artigo integra uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto MAPEAR, voltada à construção de metodologias de qualificação profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo central do projeto era desenvolver oficinas formativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde, equipes multiprofissionais (eMulti) e dos serviços de média e alta complexidade, com foco na qualificação do cuidado voltado às populações quilombolas. Para isso, propôs-se a realização de escutas nos territórios como etapa preliminar, a fim de compreender as demandas, percepções e experiências dessas comunidades em relação à saúde, ao adoecimento e às masculinidades.

No estado de Pernambuco, a articulação da proposta ficou sob responsabilidade da Coordenação Estadual de Saúde do Homem e da Coordenação Estadual de Saúde da População Negra, que acompanharam e apoiaram tecnicamente a execução das visitas aos territórios. As escutas ocorreram em dois momentos distintos — abril e dezembro de 2024 — e contemplaram quatro comunidades quilombolas localizadas nos municípios de Garanhuns, Salgueiro e Cabrobó. A seleção dos territórios considerou critérios como o reconhecimento oficial das comunidades, a articulação prévia com lideranças locais e a viabilidade logística para a realização das atividades.

A proposta metodológica partiu do entendimento de que políticas públicas culturalmente sensíveis devem se fundamentar na escuta ativa dos sujeitos envolvidos. Em vez de aplicar instrumentos padronizados ou formular diagnósticos prévios, optou-se por uma abordagem aberta, dialógica e territorializada, na qual o saber técnico se coloca em diálogo e escuta com os saberes comunitários. Assim, as rodas de conversa realizadas

nesses encontros representaram não apenas uma técnica de coleta de informações, mas, sobretudo, um espaço de construção compartilhada de sentidos, vínculos e aprendizados.

Planejamento e mobilização

O planejamento das escutas envolveu articulação prévia com as referências da Atenção Primária à Saúde das Gerências Regionais de Saúde correspondentes aos municípios onde estavam localizados os quilombos, bem como com as lideranças quilombolas de cada território. A mobilização das comunidades foi conduzida principalmente por representantes locais, que desempenharam papel fundamental na sensibilização e organização dos encontros. Em alguns territórios, o processo também contou com o apoio de associações comunitárias e profissionais das unidades de saúde da região.

As rodas de conversa foram realizadas em espaços comunitários previamente definidos — como escolas, sedes de associações ou áreas comuns das comunidades —, sempre respeitando as dinâmicas e os horários cotidianos dos moradores. Buscou-se compatibilizar a participação dos homens com suas rotinas de trabalho no roçado e com as responsabilidades familiares. Ainda assim, houve relatos de dificuldade de comparecimento de alguns participantes, especialmente devido à distância entre as comunidades e às limitações de transporte. Os quilombos visitados abrangem áreas rurais extensas, com núcleos habitacionais dispersos e, em alguns casos, separados por mais de 10 quilômetros. A ausência de transporte público e as estradas de terra dificultam o deslocamento, sobretudo para trabalhadores do campo, idosos e moradores sem veículo próprio.

A formação dos grupos levou em conta a diversidade etária e social de cada território. As rodas de conversa foram organizadas separadamente para jovens e adultos, o que favoreceu um ambiente mais acolhedor e propício à expressão das vivên-

cias específicas de cada faixa etária. Em geral, cada encontro contou com a participação de 20 a 30 homens, com idades variando entre 14 e 70 anos. Essa separação contribuiu para o aprofundamento das discussões e para o compartilhamento de experiências sobre o que significa ser homem, ser quilombola e viver a saúde — ou a ausência dela — em um contexto de vulnerabilidade estrutural.

Estrutura das escutas

As escutas foram realizadas por meio de rodas de conversa presenciais, organizadas nos próprios territórios quilombolas, com mediação de profissionais do Instituto MAPEAR, da Coordenação Estadual de Saúde do Homem, da Coordenação Estadual de Saúde da População Negra e com o apoio direto das lideranças locais. As conversas seguiram um roteiro de perguntas norteadoras, mas preservaram espaço para que os participantes trouxessem espontaneamente suas percepções e experiências. Entre as questões disparadoras estavam: “Como é ser homem aqui?”, “De que os homens aqui adoecem?”, “Como os homens se cuidam?” e “Como é ser um homem quilombola?”.

A escolha das rodas de conversa como metodologia baseou-se na valorização da oralidade como forma legítima de produção de saber e no reconhecimento da escuta qualificada como ferramenta política, ética e afetiva. Em vez de um procedimento rígido de coleta de dados, buscou-se construir um ambiente de confiança que possibilitasse a expressão de sentimentos, silêncios e afetos, muitas vezes invisibilizados nos espaços formais de cuidado. O formato coletivo também favoreceu a interação entre os participantes, que validavam, complementavam ou questionavam as falas uns dos outros, fortalecendo a dimensão comunitária da reflexão.

Cada roda teve duração média de 1h30 a 2h e contou com registros em diário de campo e fichas-síntese. Optou-se por

não utilizar gravações de áudio, a fim de preservar o conforto dos participantes e respeitar os limites de exposição definidos pelas próprias comunidades. Ao final de cada escuta, a equipe facilitadora sistematizava as principais percepções e narrativas compartilhadas, mantendo o anonimato dos participantes e priorizando os sentidos coletivamente construídos. A metodologia adotada inspirou-se em princípios da educação popular e do diálogo intercultural, reconhecendo os saberes locais como elementos essenciais para repensar o cuidado em saúde e fortalecer a equidade no SUS.

Temas que emergiram das escutas

As rodas de conversa possibilitaram o compartilhamento de experiências que, embora distintas entre as comunidades, revelaram padrões comuns de percepção sobre masculinidade, paternidade, cuidado e adoecimento entre os homens quilombolas. As falas expressaram tanto dimensões objetivas da vida no campo — trabalho, sustento, limitações de acesso — quanto aspectos simbólicos, como orgulho, pertencimento e dor silenciada. O que emergiu dessas escutas não foi apenas um diagnóstico sobre saúde, mas um retrato complexo das formas de ser homem em contextos historicamente marcados pela exclusão social e pelo racismo estrutural.

Adoecimento e sofrimento silenciado

Um dos temas mais recorrentes foi o adoecimento mental, traduzido por expressões como “tristeza”, “cansaço da cabeça” ou “falta de vontade de nada”. Muitos homens relataram crises de ansiedade, depressão e sofrimento emocional associados à sobrecarga do trabalho, à responsabilidade de prover e à dificuldade de falar sobre sentimentos. O silêncio apareceu, mais uma vez, como um mecanismo de defesa — uma forma de resistir à vulnerabilidade e preservar a imagem de força associada ao

masculino. Essa recusa à verbalização do sofrimento se articula com o que a literatura reconhece como “masculinidade do silêncio”, em que expressar dor é entendido como fraqueza e, portanto, incompatível com o ideal de virilidade^{15,16}.

Além das dimensões emocionais, o adoecimento físico também foi um ponto marcante. As dores nas costas, o cansaço crônico e outros agravos musculoesqueléticos foram frequentemente atribuídos ao trabalho pesado no roçado e à ausência de descanso adequado. Contudo, esses relatos também expressam o quanto o corpo é o primeiro lugar onde o sofrimento social se materializa — um corpo que trabalha, produz e resiste, mas raramente é cuidado. Em algumas falas, o corpo aparece como “ferramenta de vida”, “único bem que o homem tem”, o que reforça a centralidade do trabalho na construção simbólica da masculinidade quilombola.

O uso do álcool e a normalização do adoecimento

O uso do álcool emergiu de forma transversal nas conversas, frequentemente naturalizado como parte do lazer e das relações de sociabilidade entre os homens. Poucos participantes o reconheceram como fator de risco para doenças crônicas, acidentes ou violências. Em muitas falas, o consumo foi descrito como algo “de costume”, “de homem mesmo”, reforçando o quanto o ato de beber está imbricado nas práticas culturais e nos processos de afirmação da masculinidade.

Mais do que um comportamento isolado, o uso de álcool aparece como um rito de passagem e de confirmação simbólica do ser homem, reproduzido também entre os mais jovens, que aprendem a beber observando os adultos e associam o consumo à maturidade, à coragem e à virilidade. Nesses contextos, beber em grupo funciona como um marcador de pertencimento e como um modo de ser reconhecido pelos pares. Assim, o álcool cumpre uma função social de legitimação da masculinidade

— quanto maior a resistência à embriaguez, maior o prestígio simbólico entre os demais.

Essa naturalização, entretanto, máscara as consequências concretas desse hábito, como o adoecimento, os conflitos familiares, os acidentes e as situações de violência. A literatura aponta que, em contextos rurais e quilombolas, o consumo de álcool é frequentemente percebido como prática “normal” e, paradoxalmente, um espaço de sociabilidade em meio à escassez de outras formas de lazer¹⁷. Ao não reconhecer o álcool como fator de risco, os homens acabam reproduzindo um padrão hegemônico de masculinidade que associa virilidade à resistência física, à negação da dor e à autossuficiência — elementos que, somados, reforçam o ciclo de vulnerabilidade e adoecimento.

Paternidade, afeto e ausência

A paternidade foi outro tema recorrente e sensível nas rodas de conversa. Muitos homens relataram ter múltiplos filhos, frequentemente com parceiras diferentes, e reconheceram a dificuldade de participar ativamente da criação. Em diversas falas, a figura paterna apareceu associada à provisão material, e não ao cuidado cotidiano ou ao afeto. Essa compreensão reflete, em parte, a reprodução de um modelo hegemônico de paternidade — distante, provedor e emocionalmente contido — que é reforçado tanto pela cultura quanto pelas condições de vida.

Ao mesmo tempo, surgiram relatos de homens mais jovens que expressaram o desejo de “ser diferente”, de “ver os filhos crescerem” e de “não repetir os erros do pai”. Esses discursos sinalizam movimentos sutis de resignificação da paternidade, especialmente entre gerações mais novas, que começam a questionar o papel do homem como figura apenas provedora e ausente. Esse tensionamento intergeracional é um ponto po-

tente de transformação e pode ser um eixo de atuação para políticas públicas voltadas à promoção da equidade de gênero e ao cuidado compartilhado¹⁸.

Saberes tradicionais e práticas de cuidado

Outro aspecto relevante foi o reconhecimento dos saberes tradicionais e das práticas comunitárias de cuidado. Muitos homens relataram o uso de ervas, chás e folhas medicinais para tratar sintomas físicos e emocionais, recorrendo às pessoas mais velhas das comunidades, em especial às mulheres, para orientação. Essa relação com o território e com o conhecimento ancestral reflete uma visão ampliada de saúde, na qual o cuidado é indissociável da coletividade, da espiritualidade e da natureza.

Essas práticas, porém, coexistem com a percepção de abandono pelo poder público. A distância dos serviços, a falta de profissionais e os horários inadequados de atendimento — muitas vezes coincidentes com o período de trabalho no roçado — foram citados como barreiras constantes. Esse descompasso reforça a sensação de que “a saúde não chega até o quilombo”, revelando o quanto a falta de acesso aos serviços é também uma forma de violência institucional¹⁹.

Masculinidade, território e resistência

Por fim, a experiência das escutas revelou que as masculinidades quilombolas não se definem apenas por ausências, carências ou adoecimentos. Elas também se afirmam na resistência, no orgulho e na manutenção do território como espaço de dignidade e memória. O trabalho com a terra, a preservação dos saberes ancestrais e o sentimento de pertencimento ao quilombo aparecem como expressões de força e continuidade. “Ser homem aqui” — como disseram alguns participantes — “é cuidar do chão que é nosso”.

Essa dimensão política e simbólica do território ressignifica o próprio conceito de masculinidade, aproximando-o do cuidado, da coletividade e da ancestralidade. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade de que as políticas públicas dialoguem com essa complexidade, reconhecendo os homens quilombolas como sujeitos de direito e não apenas como alvos de ações pontuais ou campanhas específicas²⁰.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Escutar para cuidar

A experiência relatada reafirma a necessidade de repensar as estratégias de atenção à saúde do homem a partir de uma perspectiva interseccional, que integre as dimensões de raça, território e pertencimento cultural. As vozes dos homens quilombolas mostram que as masculinidades se constroem no cruzamento entre condições materiais de vida, heranças históricas e relações comunitárias, e que a saúde, nesses contextos, não pode ser reduzida a um problema individual, mas deve ser entendida como expressão de um fenômeno social e político enraizado nas desigualdades estruturais do país.

Os resultados das escutas também evidenciam os limites das políticas públicas quando estas permanecem baseadas em um modelo urbano e universal de atenção, que ignora as especificidades dos territórios tradicionais. Embora a PNSH e a PNSIPN apresentem avanços, sua efetivação ainda carece de estratégias que valorizem os saberes locais e promovam a escuta como prática central de cuidado. Avançar na saúde do homem implica superar ações pontuais, como o “Novembro Azul”, e fortalecer processos contínuos de educação popular, promoção da equidade e participação comunitária.

As rodas de conversa revelaram que a saúde dos homens quilombolas é atravessada por silêncios, dores e resistências,

mas também por solidariedade, orgulho e pertencimento. Escutar essas vozes significou romper com a lógica da invisibilidade e reconhecer a legitimidade de seus corpos, saberes e modos de existir.

Encerrar este relato é, portanto, reafirmar a importância de construir políticas públicas que partam do território e dialoguem com as múltiplas masculinidades que o Brasil abriga. Escutar para cuidar, essa é talvez, a principal lição desta experiência: somente quando o Estado se dispõe a ouvir é que o cuidado pode, de fato, acontecer.

Encerrar este relato é, portanto, reafirmar a importância de construir políticas públicas que partam do território e sejam capazes de dialogar com as múltiplas masculinidades que o Brasil abriga. Escutar para cuidar — essa é, talvez, a principal lição desta experiência: somente quando o Estado se dispõe a ouvir é que o cuidado pode, de fato, acontecer.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1385–401.
4. Connell RW, Messerschmidt JW. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gender & Society.* 2005;19(6):829–59.
5. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):565–74.
6. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(Supl 1):973–82.
7. Batista LE, Kalckmann S, Nunes A, Ayres JRCM. Equidade de gênero e raça: desafios na atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2013;22(3):673–84.

8. Figueiredo WS, Schraiber LB. Masculinidades e cuidado: diversidade e especificidade dos homens no SUS. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(38):871–84.
9. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS. Organização das práticas de saúde para homens: perspectivas e desafios. *Physis*. 2019;29(1):e290111.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
11. Nascimento ER, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: contribuições para o debate. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(29):587–98.
12. Santos A, Silva T. Masculinidades quilombolas e o cuidado em territórios rurais. *Rev Bras Saúde Coletiva*. 2022;32(4):1157–70.
13. Silva Júnior AG, Pinheiro R. Integralidade e o cuidado em saúde: práticas e saberes. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(12):e00188820.
14. Freire P. Pedagogia do oprimido. 60ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2019.
15. Araújo JO, Ferreira-Junior F, Tavares I. Saúde mental, masculinidades e território: desafios para o SUS. *Saúde em Debate*. 2021;45(131):74–88.
16. Minayo MCS, Souza ER. Violência, gênero e saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):159–70.
17. Monteiro S, Ventura M, Nogueira C. Masculinidades, álcool e sociabilidade em contextos rurais brasileiros. *Saúde Soc*. 2019;28(3):55–68.
18. Oliveira EA, Figueiredo WS. Paternidades e masculinidades: desafios para o cuidado em saúde. *Physis*. 2017;27(1):49–68.
19. Cardoso AM, Santos RV. Populações quilombolas e acesso à saúde: perspectivas e desafios. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):e00087217.
20. Gomes R. Saúde do homem em contextos de vulnerabilidade social: aprendizados e perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e56.



REDE DE CUIDADO DA DOENÇA FALCIFORME NA VI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

Letícia Rodrigues dos Santos¹

Raquel Neposiano da Silva²

Girleene Conceição de Siqueira³

Dayvison Herbety Araújo Amaral⁴

¹Nutricionista (UNIT); Pós-graduada em Nutrição Clínica Hospitalar e Ambulatorial; Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde (ESPPE). ²Enfermeira (UFPE) Pós graduada em Saúde Pública (ESPPE), Gestão em Serviços de Saúde (FIOCRUZ). Coordenadora da Atenção à Saúde - VI GERES. Preceptora do Programa de Residência multiprofissional em Saúde coletiva com ênfase gestão de redes de saúde (ESPPE). ³Assistente Social; residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde. ⁴Enfermeiro (AESA-CESA). Pedagogo (FAVENI), Mestre em Educação Profissional e Tecnológica (IFSertãoPE), Residente em Primeira Infância (UPE), Especialista em Saúde Coletiva (FAVENI), Especialista em Educação Permanente (UFRGS), Especialista em Nutrição Metabolismo e Fisiologia do Exercício (USP), Gerente VI GERES.

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF) é uma doença negligenciada, mesmo sendo a doença genética mais comum no Brasil¹. A DF é uma doença genética

Palavras-chave: doença falciforme; rede de cuidado; doença negligenciada; monitoramento.

causada pela modificação da hemoglobina- HbS, devido a uma alteração do gene dos genitores que é transmitida para o feto/criança, o qual nasce com o gene modificado- HbSS. A doença acomete majoritariamente pessoas pretas, mas pessoas brancas e pardas podem conter essa modificação genética devido à miscigenação².

De acordo com a matéria do site da UOL, de 30 de outubro de 2020, a Dra. Marimilia Pinta afirma que a doença falciforme é a segunda doença hereditária com mais incidência no mundo³. No Brasil, conforme o Ministério da Saúde (MS), cerca de 60 a 100 mil pessoas são portadoras da DF. “Entre os anos de 2014-2020, a média anual de novos casos de crianças diagnosticadas com DF no Programa Nacional de Triagem Neonatal, foi de 1.087, numa incidência de 3,75 a cada 10.000 nascidos vivos”¹.

Com a finalidade de desenvolver um fluxo de cuidados para as pessoas diagnosticadas e o acompanhamento delas no território de residência, foram desenvolvidas, pela coordenação de Atenção à Saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco, algumas práticas e ações para que os municípios que pertencem a regional realizem o acompanhamento e monitoramento das pessoas diagnosticadas com a DF, assim como para que os familiares dessas pessoas façam o teste de eletroforese de hemoglobina para a detecção tardia dessa condição genética e a realização do tratamento.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Visando o cuidado com a qualidade de vida e saúde da população da VI Gerência Regional de Saúde (VI GERES), principalmente com as pessoas historicamente excluídas, como é o caso das pessoas negras, a coordenação da Atenção à Saúde criou, a princípio, o Colegiado da População Negra. No colegiado, os coordenadores dos municípios responsáveis pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) participam e apresentam a realidade de seus territórios em relação à população negra de seus municípios. Já a Coordenação da

Atenção à Saúde da VI GERES faz mobilizações para que os municípios possam estar promovendo o cuidado das pessoas em seus territórios.

Como não havia dados da população diagnosticada com DF na VI GERES, a coordenação solicitou aos municípios, ao HEMOPE de Recife e a UPAE de Serra Talhada os dados relacionados a essa população, com o intuito de saber quantas pessoas foram diagnosticadas e quantas realizam tratamento e acompanhamento nessas unidades. A partir do levantamento desses dados, foi criada uma planilha com os nomes dos pacientes atendidos, o município de residência, informação sobre abandono de tratamento, ocorrência de óbito, a fonte da informação e a idade.

De acordo com os dados levantados, foram identificadas 36 pessoas diagnosticadas com a DF: 3 foram a óbito; 3 são indígenas; 2 abandonaram o tratamento; 18 são crianças ou adolescentes; 17 pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos de idade; e 1 pessoa idosa. Dos treze municípios que compõem a VI Regional de Saúde, o município que tem o maior número de pessoas com a DF é Petrolândia (7), seguida de Arcoverde (5), Buíque (5), Inajá (4), Manari (4), Ibimirim (3), Pedra (3), Sertânia (2), Custódia (1), Tacaratu (1) e Tupanatinga (1)⁴. Apenas os municípios de Jatobá e Venturosa não registraram pessoas diagnosticadas, apesar de ser possível que, com o aumento de solicitações de exame de eletroforese, surjam novos casos identificados.

Através do monitoramento realizado, nota-se que a predominância das pessoas com DF ocorre entre as crianças e adolescentes. Quando o tratamento começa nessa fase, há uma melhora na qualidade de vida, maior controle da doença e redução da recorrência de internamento por complicações⁵. Dessa forma, o monitoramento é fundamental para avaliar e analisar os dados repassados pelos municípios, acompanhar as ações realizadas, identificar novos casos, caracterizar a faixa

etária dos diagnosticados e verificar o uso de medicação ou o tratamento que está sendo utilizado. Assim, o monitoramento é uma etapa crucial na política de saúde⁶.

A sensibilização dos profissionais da Atenção Primária de Saúde (APS), quanto à solicitação do exame de eletroforese no pré-natal, também é um diferencial, pois não fazia parte da rotina dos profissionais a solicitação desse exame para a detecção e rastreamento da hemoglobina (HbS)⁷. Para o diagnóstico da DF, é necessária a realização da eletroforese e, quando o profissional não a solicita, está “negligenciando” uma condição que historicamente já é negligenciada, principalmente por questões de raça/cor.

As ações realizadas pela VI GERES colaboram com a Política Nacional de Atenção Integral das Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, de acordo com o art. 1º, inciso I, da Portaria nº 1.391, de agosto de 2005⁸:

I- A promoção da garantia do seguimento das pessoas diagnosticadas com hemoglobinopatias pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), recebendo os pacientes e integrando-os na rede de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS a partir, prioritariamente, da Hemorrede Pública, e provendo assistência às pessoas com diagnóstico tardio de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, com a criação de um cadastro nacional de doentes falciformes e outras hemoglobinopatias; (Portaria nº 1.391, de agosto de 2005).

Uma das ações integradas à DF envolveu a capacitação dos profissionais da APS (técnicos de enfermagem, enfermeiras, coordenações etc.) dos municípios da VI GERES para a coleta correta do teste do pezinho, em parceria com a Coordenação da Vigilância em Saúde da VI GERES, realizada no dia 17 de junho de 2025. Os municípios de Ibimirim e Inajá terceirizam

esse serviço; em Arcoverde, ele é realizado somente no Hospital Regional Ruy de Barros Correia (HRRBC); e, em Buíque, é possível realizar o teste do pezinho na Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância (APAMI). Nos municípios de Custódia, Jatobá, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu e Venturosa, a coleta é realizada exclusivamente no hospital ou maternidade. Apenas nos municípios de Tupanatinga e Manari a coleta do teste do pezinho é descentralizada, sendo disponibilizados vários pontos de coleta em Unidades Básicas de Saúde da Família.

A divulgação da Portaria GM/MS Nº 2.010, de 27 de novembro de 2023⁹ - que altera a Portaria GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017¹⁰, para incluir a notificação compulsória da DF na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública- aconteceu nos colegiados da Atenção à Saúde e da Vigilância em Saúde da VI GERES e outros setores, sendo até então desconhecida por todos. Foi orientado que os municípios notificassem, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os pacientes que já têm o diagnóstico de DF. O conhecimento dessa portaria é de extrema importância, uma vez que facilita a ampliação das notificações e favorece as ações de cuidado destinadas às pessoas com DF. Todas as ações realizadas proporcionam capacitação, conhecimento e, intrinsecamente, a promoção de saúde da população diagnosticada com DF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do monitoramento está sendo possível traçar estratégias junto aos municípios, para assim, detectar, acompanhar e monitorar os cuidados das pessoas com DF no próprio território. Conhecer as pessoas portadoras dessa condição proporciona um maior cuidado em rede, prevenindo eventuais agravos da doença, possibilitando ao paciente qualidade de vida e prevenindo intercorrências de internações. Assim, a expansão

do teste do pezinho para todos os municípios da VI GERES, as formações continuadas, a disseminação de informações relacionadas à DF para profissionais da APS, têm contribuído para o levantamento de dados e detecção da doença de forma tardia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Doença Falciforme [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 2025 jul 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-falciforme>
2. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SBF. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32(3):203-208. doi:10.1590/S1516-84842010005000072
3. Folha de S.Paulo. Doença falciforme é o segundo maior problema de saúde pública do mundo, afirma especialista [Internet]. 2020 out 30 [citado 2025 jul 21]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/especial/2020/reimaginandoasaude/doenca-falciforme-e-o-segundo-maior-problema-de-saude-publica-do-mundo-afirma-especialista.shtml>
4. VI Gerência Regional de Saúde (VI GERES). Monitoramento das pessoas com Doença Falciforme da VI GERES [relatório interno]. Pernambuco: VI GERES.
5. Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2007;29(3):203-206. doi:10.1590/S1516-84842007000300002
6. Roberti MR, Moreira CLNSO, Tavares RS, Borges Filho HM, Silva AG, Maia CHG, et al. Avaliação da qualidade de vida em portadores de doença falciforme do Hospital das Clínicas de Goiás, Brasil. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2010;32(6):449-454. doi:10.1590/S1516-84842010000600008
7. Moraes JP, Ferreira ALCG, Oliveira IEP, Farias AKM, Silva FAC, Souza AI. Prevalência de Doença Falciforme de acordo com Triagem Pré-Natal em um Hospital no Nordeste do Brasil: um estudo de corte transversal. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira; 2018. Relatório PIBIC-CNPq/IMIP. Disponível em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/388/1/Artigo%20PIBIC_Juliana%20Prysthon%20Moraes.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2025 jul 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html

9. Portaria GM/MS nº 2.010, de 27 de novembro de 2023. Dispõe sobre a inclusão da doença falciforme na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde. Diário Oficial da União. 27 nov 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2010_29_11_2023.html
10. Portaria GM/MS nº 4, de 3 de outubro de 2017. Estabelece critérios para a atenção à pessoa com doença falciforme no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 out 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html



DEZ ANOS DA POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE LGBT EM PERNAMBUCO: AVANÇOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS NO CUIDADO

Alexciane Priscila da Silva
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Sheila Calixto Silva de Albuquerque
Danilo Martins Roque Pereira
Robson Cruz Ramos da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

A discussão sobre a saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais (LGBT) ganhou destaque nacional na década de 1980, impulsionada pelo enfrentamento da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), então fortemente associada a homens gays¹.

Com o avanço dos estudos e a atuação dos movimentos sociais, compreendeu-se que a vulnerabilidade ao HIV/Aids não decorre

Palavras-chave: Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção à Saúde; Saúde Pública.

das identidades em si, mas das desigualdades sociais, da exclusão e da violência estruturais enfrentadas por essas populações².

A luta histórica e permanente do movimento social LGBT, movimentou de forma positiva as construções de políticas públicas direcionadas a este segmento social, foi por meio da interferência política dos movimentos, que o Brasil instituiu uma Política Nacional voltada ao cuidado da população LGBT. Consecutivamente em Pernambuco se replica a mesma estratégia, foi por meio das intervenções dos movimentos organizados, que o Conselho Estadual de Saúde, institui um processo de criação de ações, voltadas ao cuidado desta população, este ato política caminhou em direção da instituição da criação de instrumentos legais da Política Estadual de Saúde LGBT.

Em alinhamento com essas diretrizes, o Estado de Pernambuco criou, por meio da Portaria nº 060/2015, a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT, com o objetivo de garantir a equidade no acesso à saúde, qualificar a assistência e fomentar a produção de conhecimentos sobre as especificidades dessa população no SUS ².

Passados dez anos de sua implementação, torna-se fundamental refletir sobre os impactos, avanços e desafios dessa política, especialmente no que se refere à institucionalização das ações, à interiorização das estratégias e à qualificação das práticas de cuidado. Nesse Contexto, o objetivo deste trabalho foi apresentar os avanços, conquistas e desafios da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT em Pernambuco, ao longo de seus 10 anos de implementação, com foco na avaliação dos impactos nas práticas de cuidado, na institucionalização das ações e nas estratégias intersetoriais adotadas para a garantia dos direitos à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza documental, com abordagem descritiva e exploratória, que teve como objetivo analisar a trajetória da Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT em Pernambuco no período de 2015 a 2025. Foram utilizados documentos de acesso público produzidos pela Coordenação Estadual de Saúde LGBT (CESLGBT), incluindo fichas de notificação, relatórios técnicos, notas técnicas, cartilhas, manuais operacionais, publicações institucionais e registros de atividades e eventos. A análise considerou os marcos normativos, ações desenvolvidas, estratégias de formação, processos de interiorização, articulações intersetoriais e avanços na oferta de serviços.

O levantamento documental permitiu a sistematização de dados qualitativos e quantitativos, contribuindo para uma compreensão crítica dos impactos da política na organização do cuidado à população LGBT no âmbito do SUS em Pernambuco. O estudo atendeu aos princípios éticos da pesquisa em saúde, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por tratar-se de pesquisa documental com dados públicos e sem participação direta de pessoas, não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo assegurados o uso responsável das informações e o respeito à dignidade e à privacidade dos sujeitos representados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo de uma década de implementação, a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT em Pernambuco alcançou avanços significativos, como a capacitação de mais de 20 mil profissionais de saúde, representando 22,2% da força de trabalho estadual. O Estado tornou-se referência nacional ao instituir 13 serviços ambulatoriais específicos, totalizando 29,5% dos serviços de referência em saúde LGBT no Brasil.

A formação dos profissionais de saúde é apontada pela literatura como fundamento indispensável para a efetivação da equidade em saúde. Destaca-se que a ausência de conteúdos específicos sobre diversidade sexual e de gênero nos currículos universitários impede que os trabalhadores do SUS se apropriem dos saberes necessários para um atendimento livre de preconceitos e inclusivo³.

Destacam-se ainda a inclusão de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais do Processo Transexualizador via portarias estaduais, a habilitação de serviços hospitalares e ambulatoriais por meio da Resolução CIB/PE nº 6736/2024⁴, e a ampliação do acesso a cirurgias no CISAM/UPE ação realizada com recursos da própria instituição, que se encontra em processo de habilitação no Processo Transexualizador, para a modalidade cirúrgica. Houve também o fortalecimento da gestão e do monitoramento com a criação de ficha padronizada para os serviços de referência em saúde LGBT, em processo de implantação, interiorização das ações com implantação de Comitês Técnicos em sete regionais, e parcerias estratégicas com instituições de ensino, conselhos profissionais e programas de residência.

A literatura discute a nível internacional e nacional que no processo transexualizador, a centralização dos serviços e os critérios biomédicos hegemônicos, apontando lacunas na garantia da integralidade do cuidado. Mesmo com avanços regulamentares, o atendimento trans permanece circunscrito aos grandes centros, apontando a necessidade de estratégias que promovam a descentralização dos procedimentos e uma abordagem interdisciplinar singela⁵.

No que diz respeito à interiorização da política LGBT no SUS, estudos qualitativos apontam que em contextos municipais fora das capitais persiste o desafio de implementar práticas compatíveis com as diretrizes nacionais. Esse cenário é reforçado pela precariedade da articulação local e pela resistência cultural

no nível regional, o que justifica a adoção de comitês técnicos descentralizados e a cooperação com instituições formadoras^{6,7}.

A política promoveu ainda a produção de materiais educativos e formativos, como guias, cartilhas, minicursos e cursos autoinstrucionais, além da institucionalização de espaços de diálogo como o Encontro Estadual de Referências em Saúde LGBT. A incorporação de técnicos estatutários e a garantia da oferta de hormonioterapia para mulheres travestis e transexuais transgenitalizadas, com a criação de Norma Técnica específica que consolida o compromisso do Estado com a efetivação do cuidado integral e equânime à população LGBT.

Pontua-se que a consolidação de instrumentos educativos e formativos representa um dos eixos fundamentais para a efetivação das políticas públicas de saúde, uma vez que o processo formativo contínuo amplia a capacidade crítica dos profissionais e sustenta práticas baseadas em direitos humanos e equidade. No caso da Política Estadual de Saúde Integral LGBT em Pernambuco, a criação de cartilhas, cursos e guias técnicos reafirma o princípio da educação permanente em saúde, essencial para a transformação das práticas e o enfrentamento de preconceitos institucionais⁸.

A educação permanente deve ser entendida como estratégia de mudança organizacional e de reorientação do cuidado, e não apenas como capacitação técnica. Além disso, a normatização da hormonioterapia e a presença de técnicos estatutários garantem a sustentabilidade institucional da política, reduzindo a dependência de projetos temporários e fortalecendo o compromisso estatal com a atenção integral⁸. Estudos recentes apontam que a padronização de protocolos e o reconhecimento das identidades trans em políticas públicas constituem marcos de democratização do SUS^{9,10}. A existência de espaços como o Encontro Estadual de Referências em Saúde LGBT reforça a importância da governança participativa, aproximando gestores, profissionais e usuários na construção coletiva de políticas equitativas.

Os dados analisados evidenciam que a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT em Pernambuco consolidou avanços expressivos ao longo de seus dez anos de implementação, destacando-se como referência nacional na oferta de cuidados voltados a essa população. A interiorização das ações, a institucionalização de serviços e a qualificação de profissionais demonstram o compromisso do Estado com a equidade e os direitos humanos no SUS.

A criação de normativas específicas, a oferta de procedimentos do Processo Transexualizador e a integração com instituições de ensino e conselhos profissionais indicam um esforço contínuo de articulação intersetorial e fortalecimento da gestão. No entanto, persistem desafios relacionados à sustentabilidade das ações, à ampliação da cobertura e ao enfrentamento das desigualdades estruturais, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e territorial.

A trajetória da Política Estadual de Saúde LGBT em Pernambuco confirma o papel das políticas subnacionais na concretização dos princípios da universalidade e da equidade do SUS, servindo de referência nacional. A interiorização das ações demonstra a capacidade de descentralização administrativa e de regionalização do cuidado, conforme orienta o Pacto pela Saúde¹¹.

Essa expansão para além da capital é fundamental para reduzir as iniquidades territoriais e garantir o acesso de populações LGBT residentes em municípios com menor infraestrutura sanitária. A qualificação permanente das equipes e a criação de protocolos clínicos específicos constituem pilares para o fortalecimento da gestão pública e para a legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos¹². Contudo, a sustentabilidade dessas ações depende de financiamento continuado, de marcos legais claros e da redução de barreiras estruturais como o preconceito institucional e a instabilidade política¹².

As desigualdades persistentes entre regiões e grupos sociais evidenciam que o enfrentamento da LGBTfobia em saúde requer uma abordagem intersetorial e interseccional, articulando políticas de educação, assistência social e direitos humanos^{13,14}. Esta análise documental realizada permitiu identificar que a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT em Pernambuco vem promovendo mudanças concretas na organização dos serviços e na garantia do direito à saúde dessa população. A experiência acumulada ao longo de uma década destaca a importância de ações planejadas, intersetoriais e territorializadas para o enfrentamento da LGBTfobia institucional e para a construção de um cuidado mais humanizado, acessível e integral. Reafirma-se, assim, a necessidade de continuidade dos investimentos políticos, institucionais e formativos, a fim de consolidar os avanços conquistados e ampliar o alcance e a efetividade das ações no enfrentamento das iniquidades em saúde.

A análise documental confirma que a institucionalização da política em Pernambuco produziu efeitos estruturantes na gestão e na organização dos serviços de saúde, consolidando práticas de cuidado integral e humanizado. A literatura evidencia que políticas baseadas em planejamento participativo e territorializado geram maior capacidade de resposta às especificidades locais¹⁵.

Além disso, o enfoque intersetorial é condição necessária para a efetividade de políticas voltadas a populações historicamente marginalizadas, como a população LGBT, cuja vulnerabilidade é agravada pela sobreposição de desigualdades de gênero, classe e território¹². Nesse sentido, o fortalecimento de espaços de formação permanente e a garantia de continuidade administrativa aparecem como eixos estratégicos para a sustentabilidade da política pública. Reafirma-se, portanto, que a consolidação do cuidado integral requer o compromisso contínuo do Estado em assegurar recursos, capacitação e monito-

ramento, além de promover a cultura do respeito à diversidade como princípio transversal do SUS.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A análise documental realizada permitiu identificar que a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT em Pernambuco vem promovendo mudanças concretas na organização dos serviços e na garantia do direito à saúde dessa população. A experiência acumulada ao longo de uma década destaca a importância de ações planejadas, intersetoriais e territorializadas para o enfrentamento da LGBTfobia institucional e para a construção de um cuidado mais humanizado, acessível e integral. Reafirma-se, assim, a necessidade de continuidade dos investimentos políticos, institucionais e formativos, a fim de consolidar os avanços conquistados e ampliar o alcance e a efetividade das ações no enfrentamento das desigualdades.

Constata-se que a trajetória da Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT em Pernambuco constitui um marco relevante na consolidação do cuidado equânime e humanizado no Sistema Único de Saúde. Ao longo de uma década de implementação, observou-se que as ações planejadas, intersetoriais e territorializadas contribuíram significativamente para o enfrentamento da LGBTfobia institucional e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, reafirmando o papel estratégico do Estado na promoção dos direitos humanos e na garantia da cidadania.

Nesse sentido, torna-se evidente que a consolidação dessa política não se restringe à criação de normativas ou à ampliação da oferta de serviços, mas envolve, sobretudo, a construção de uma cultura institucional pautada no respeito à diversidade, na valorização das diferenças e na defesa intransigente da vida. Assim, a sustentabilidade das ações requer continuidade dos investimentos políticos, institucionais e formativos,

de modo a assegurar que os avanços conquistados não sofram retrocessos diante de conjunturas adversas.

Ademais, ressalta-se que o fortalecimento dos processos de educação permanente em saúde e da gestão participativa constitui condição indispensável para a manutenção da integralidade do cuidado. É por meio da qualificação constante das equipes e da escuta ativa dos territórios que se torna possível aprimorar práticas e alinhar os serviços às reais necessidades da população LGBT.

Portanto, reafirma-se a importância de um compromisso ético e contínuo com a efetividade da política pública, ancorado na transversalidade das ações e na corresponsabilidade entre gestores, profissionais e usuários. Somente com a manutenção desse pacto será possível consolidar um modelo de atenção integral que promova a equidade, o reconhecimento das identidades e o pleno exercício do direito à saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima TNB, Carvalho MEL, Souza JLM, Taurino IJM, Freitas CR, Terenci AP, et al. Atenção à Saúde da População LGBT numa capital nordestina. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2019;34:e1410. doi:10.25248/reas.e1410.2019.
2. Vaz FFS, Souza AR, Silva JAS, Lemos MRC. Percepção de gestores sobre a atenção à saúde da população LGBT no Estado de Pernambuco. *Physis*. 2024;34:e34088. doi:10.1590/S0103-7331202434088pt.
3. Paranhos WR, Willerding IAV, Lapolli EM. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200684. doi:10.1590/interface.200684.
4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB/PE nº 6736, de 15 de abril de 2024. Habilita serviços hospitalares e ambulatoriais para execução de procedimentos do Processo Transsexualizador no âmbito do SUS-PE. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*. Recife (PE); 2024 abr 16.
5. Canavese D, Schreiber G, Signorelli M. Do processo transsexualizador à atenção integral: uma revisão integrativa sobre a produção nacional nos principais portais científicos brasileiros. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2019;13(4). doi:10.18569/tempus.v13i4.2545.

6. Popadiuk GS, Canavese D, Signorelli M. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciência Coletiva*. 2017;22(5):1509-20. doi:10.1590/1413-81232017225.32782016.
7. Lazcano C, Toneli MJF. Produção de sentidos sobre a integralidade na assistência em saúde às pessoas trans. *Estudos Feministas*. 2021;29(3):e66168. doi:10.1590/1806-9584-2021v29n366168.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS*. 2004;14(1):41-65.
9. Lionço T. Políticas de saúde para a população LGBT: entre avanços normativos e desafios de implementação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2021;21(Supl 2):S501–S509.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: 10 anos de implementação. Brasília: MS; 2023.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS. Brasília (DF): MS; 2006.
12. Nogueira VM, Prado EA, Pinto L, et al. Políticas públicas e saúde LGBT no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Ciência Coletiva*. 2022;27(6):2183–2194. doi:10.1590/1413-81232022276.07842022.
13. Souza MHT, Ferreira BO, Oliveira J. Saúde LGBT e interseccionalidade: desafios para políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190640. doi:10.1590/Interface.190640.
14. Ayres JRCM. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado em saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210002. doi:10.1590/1980-549720210002.
15. Campos GWS, Gallo E. Políticas de saúde e organização do cuidado: reflexões sobre o SUS. *Ciência Coletiva*. 2019;24(6):2059–2068. doi:10.1590/1413-81232018246.05082019

VISITAS TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO DE AMBULATÓRIOS DE SAÚDE LGBT DE PERNAMBUCO

Alexciane Priscila da Silva
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Larissa Keyla Ferreira Canel
Danilo Martins Roque Pereira
Anderson Damião Ramos da Silva
Robson Cruz Ramos da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

Este estudo apresenta uma análise das visitas técnicas realizadas nos ambulatorios LGBT de Pernambuco pela Coordenação Estadual de Saúde Integral LGBT, com o objetivo de examinar a estrutura, o funcionamento, as demandas de usuários/as e possíveis fragilidades dos serviços.

No Brasil, o Processo Transexualizador foi incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2008^{1,2} e expandido em 2013³, contemplando modalidades ambulatorial e hospitalar. Em Pernambuco, a Política Estadual de Saúde Integral LGBT (PESILGBT) foi instituída pela Portaria SES/PE nº 060, de 2015⁴. Atualmente existem 13 ambulatorios destinados à população LGBT, distribuídos em 11 municípios.

Palavras-chave: Minorias Sexuais e de Gênero; Atenção à Saúde; Saúde Pública.

No contexto do SUS, os ambulatorios de saúde LGBT configuram-se como espaços estratégicos para a promoção do cuidado integral. No entanto, esses serviços enfrentam desafios relacionados à alta demanda, à insuficiência de profissionais especializados e à fragmentação da rede de cuidados.

Com base nessas considerações, em 2023 foi realizada a avaliação dos ambulatorios LGBT em Pernambuco, com o intuito de compreender a situação dos serviços, incluindo estrutura física e demandas de saúde dos/as usuários/as. Essa avaliação também buscou identificar potencialidades e fragilidades, propondo ações para superar as problemáticas identificadas, em consonância com a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT.

MATERIAL E MÉTODOS

As visitas técnicas foram realizadas no ano de 2023 nos seguintes serviços: Ambulatório LGBT Rafaella Cicarely (Olin-da), Ambulatório Patrícia Gomes (Recife), Ambulatório LBT do Hospital da Mulher do Recife (Recife), Centro de Referência LGBTQIA+ Darlen Gasparelly (Camaragibe), Ambulatório LGBT Dani Almeida (Vitória de Santo Antão), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM (Recife) e ambulatório LGBT da Policlínica Vicente Mendes (Cabo de Santo Agostinho)⁵.

O processo de avaliação seguiu um roteiro orientado por tópicos específicos que serviram como base metodológica para a construção de um relatório técnico, cujo conteúdo subsidia este artigo. Os tópicos abordados nas visitas incluíram: dados demográficos e demandas em saúde; estrutura física do serviço; composição da equipe e fluxos de atendimento; cuidado integral e linha de cuidado; processos de referenciamento e articulação intersetorial e principais desafios enfrentados⁶.

As informações foram coletadas por meio de questionário estruturado, de caráter fechado, sem identificação de dados

peçoais, garantindo anonimato e confidencialidade, conforme as diretrizes éticas da pesquisa em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estado de Pernambuco tem demonstrado avanços na política estadual de saúde LGBT, impulsionados pela Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁷.

Em 2012, em resposta à publicação dessa política e para fortalecê-la no âmbito estadual, foi realizado o I Seminário Estadual de Saúde Integral da População LGBT no Controle Social, organizado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o Fórum LGBT de Pernambuco. Durante o evento, foi assinada a Portaria SES/PE nº 445/2012, que instituiu o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT.

O Comitê desempenhou papel fundamental na elaboração e aprovação do texto final da PESILGBT, publicada por meio da Portaria SES/PE nº 060, de 10 de março de 2015 (4), e na criação da Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT.

A PESILGBT tem como objetivo promover a saúde integral da população LGBT. Nesse contexto, os ambulatórios LGBT de Pernambuco não se limitam ao Processo Transexualizador¹⁰, mas ampliam o escopo de atuação, abrangendo o cuidado integral. A Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT exerce papel central no acompanhamento dessa política⁴.

Os ambulatórios atendem uma população diversa, com demandas específicas em saúde, como hormonioterapia, cuidados ginecológicos, saúde mental e prevenção de doenças. Predominantemente, os/as usuários/as são jovens, com maior presença de mulheres cisgênero lésbicas e homens trans, excetuando-se

o Ambulatório LBT – Hospital da Mulher do Recife, voltado a mulheres travestis e transsexuais, cis e pessoas com útero⁵.

Em geral, os serviços relatam altos índices de desemprego ou trabalho informal entre os/as usuários/as. Quanto à escolaridade, a maioria possui ensino médio completo. As estruturas físicas incluem salas de recepção, consultórios médicos, espaços de acolhimento e salas de psicologia. Entretanto, alguns serviços enfrentam desafios relacionados à disponibilidade de consultórios e à identificação discreta do serviço, especialmente em municípios com contextos socioculturais menos receptivos à população LGBT⁵.

Há falta de padronização no registro das informações: alguns serviços utilizam sistemas de informação do SUS, enquanto outros recorrem a prontuários físicos. Nenhum serviço visitado relatou possuir protocolos assistenciais formalizados⁵.

As equipes multiprofissionais incluem médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, embora alguns serviços apresentem carência de profissionais e dependam de cessões de outros setores. O acompanhamento da produtividade também é irregular em certos ambulatórios, os dados são registrados nos sistemas oficiais; em outros, não há controle, o que compromete a longitudinalidade do cuidado e a formulação de ações estratégicas⁵.

As reuniões de equipe ocorrem conforme a disponibilidade dos profissionais, sendo inexistentes em alguns serviços. O fortalecimento desses espaços é essencial para assegurar a integralidade do cuidado, por meio do compartilhamento de saberes e da pactuação coletiva⁵.

Quanto ao acolhimento, aconselhamento e redução de danos relativos à hormonioterapia e a outras especialidades clínicas, muitos serviços não apresentaram respostas precisas, revelando uma lacuna preocupante. Em alguns casos, o acolhimento é realizado por assistentes sociais, com encaminhamentos à psicologia. A hormonioterapia figura entre as demandas mais frequentes; ações de redução de danos⁵ compõem em menor número.

No tocante ao acompanhamento pré-natal de homens trans, pouco serviços oferecem, realizando encaminhamentos para outras unidades. Embora alguns serviços possuam fluxos definidos, não há linhas de cuidado consolidadas, o que representa um desafio para o cuidado integral⁵.

A integração com outros serviços da rede ocorre principalmente por meio de encaminhamentos e contrarreferências, sem articulação intersetorial abrangente. São raras as ações conjuntas e contínuas que assegurem a integralidade do cuidado⁵.

Quanto às notificações de violência, alguns ambulatórios relatam receber essas demandas, mas sem realizar a notificação formal ou sem saber como fazê-la. Esse dado reforça a necessidade de construção de protocolos e fluxos de referência entre os serviços de saúde, segurança pública e assistência social⁵.

O financiamento dos ambulatórios é majoritariamente municipal, e muitos enfrentam carência de recursos, de capacitação profissional e de pessoal suficiente para a demanda. Alguns apontam promover formações voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS) e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), embora nem todos mantenham essas práticas de forma regular⁵.

Os principais desafios incluem limitações estruturais, escassez de profissionais e ausência de plataforma padronizada para consolidar dados de usuários, o que compromete o monitoramento e a gestão qualificada da política⁵⁻⁹.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

O *Relatório das Visitas Técnicas aos Ambulatórios LGBT de Pernambuco (5)* evidencia a complexidade e a urgência em enfrentar os desafios existentes na oferta de serviços de saúde voltados à população LGBT. Embora haja uma variedade de iniciativas e estruturas destinadas a atender às demandas específicas desse grupo, persistem lacunas significativas que necessitam de atenção e intervenção imediata.

Os ambulatorios enfrentam obstáculos diversos, que vão desde a falta de padronização nos registros de informações dos usuários até a escassez de recursos financeiros e de profissionais qualificados. Além disso, questões estruturais como a necessidade de identificação discreta dos serviços e a ausência de linhas de cuidado estabelecidas, comprometem a eficácia e a continuidade do atendimento prestado.

A integração com outros serviços da rede de saúde e a articulação com dispositivos da assistência social são aspectos que exigem fortalecimento. Igualmente, a qualificação contínua das equipes multiprofissionais e a criação de protocolos específicos para lidar com situações de violência e ações de redução de danos são fundamentais para aprimorar a qualidade e a abrangência do cuidado ofertado.

É imprescindível que gestores, profissionais de saúde e demais atores envolvidos atuem de forma colaborativa e comprometida, visando superar as barreiras existentes e garantir o acesso equitativo e digno à saúde para as pessoas LGBT. Investimentos adequados, tanto em recursos materiais quanto em formação profissional, são essenciais para a consolidação desse processo.

A construção de uma rede de atenção integral à saúde da população LGBT requer não apenas medidas pontuais, mas também uma abordagem intersetorial e comprometida com a promoção da igualdade, do respeito e da dignidade de todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero^{9,10}.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2008 ago 19.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no âmbito do

- SUS. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2008 ago 20.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2013 nov 20.
4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES/PE nº 060, de 11 de março de 2015. Institui a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Recife (PE); 2015 mar 12.
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório Técnico: Avaliação dos Ambulatórios LGBT do Estado de Pernambuco – 2023 [Internet]. Recife: SES-PE; 2023 [citado 2025 out 10]. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/>
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2013 jun 13.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2011 dez 02.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2025 out 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia para a Integração da Perspectiva de Gênero e Diversidade Sexual nos Serviços de Saúde [Internet]. Brasília (DF): OPAS; 2022 [citado 2025 out 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>
10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. SES-PE capacita profissionais de saúde sobre acolhimento à população trans [Internet]. Recife: SES-PE; 2024 jan [citado 2025 out 10]. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/ses-pe-capacita-profissionais-de-saude-sobre-acolhimento-a-populacao-trans/>

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS MUNICÍPIOS DE PE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES¹

Vilma Maria Pereira Ramos¹
Louriene de Oliveira Antunes¹
Marília Maria de Lucena Macedo¹
Elaine Cristina Bernardo Lopes²
Ranyele Paula da Silva²

¹Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

A implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) no Brasil representa um marco na consolidação de estratégias voltadas à promoção da saúde, prevenção das carências nutricionais e garantia da segurança alimentar e nutricional. Instituída como diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNAN tem como base o monitoramento do estado nutricional da população, por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), promovendo o uso de dados para subsidiar políticas públicas, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS)¹.

Palavras-chave: Políticas, segurança alimentar, vigilância nutricional.

Embora o país conte com ferramentas como o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), a literatura aponta desafios relacionados à infraestrutura, formação de profissionais e uso efetivo dos dados no planejamento de ações².

Diversos estudos indicam que, apesar dos avanços normativos e da ampliação da cobertura, a operacionalização da PNAN ainda enfrenta barreiras, como a ausência de recursos humanos especializados, a sobrecarga de trabalho nas equipes de saúde e a frágil articulação intersetorial³. Além disso, há uma lacuna entre a coleta de informações e a sua utilização prática para orientar o cuidado e a gestão local⁴. A vigilância nutricional, portanto, precisa ser fortalecida não apenas como instrumento técnico, mas como componente estratégico das políticas de saúde pública.

No Nordeste, essas limitações se intensificam diante de desigualdades estruturais e históricas. A região, que foi pioneira na implantação do SISVAN nos anos 1980, ainda enfrenta dificuldades para garantir sua consolidação. Estudos realizados em Pernambuco e Paraíba revelam que a implementação da vigilância nutricional, mesmo com a adesão formal dos municípios, esbarra em obstáculos como baixa informatização, escassez de capacitação contínua e pouca integração entre os sistemas de informação⁵. Essas fragilidades comprometem a capacidade dos gestores de traduzirem os dados em ações concretas de alimentação e nutrição no território.

Em Pernambuco, a atuação da Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CSANS) tem sido fundamental para qualificar a implementação da PNAN em nível estadual. A CSANS tem desempenhado um papel estratégico na sistematização e análise dos dados de suplementação e estado nutricional, além de promover o diálogo entre os entes municipais, regionais e estaduais⁶. Ao articular ações com programas como o PNSVA, a EAAB e o Programa Bolsa Família, a coordenação fortalece o uso das informações na gestão e evidencia o

potencial do estado como referência na integração da vigilância nutricional com as políticas públicas intersetoriais⁷.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, baseado em dados primários. Foi elaborado e distribuído um formulário eletrônico com 44 questões abordando desde o perfil das referências técnicas locais até a identificação de desafios, ameaças, potencialidades e oportunidades na execução das ações de Alimentação e Nutrição (A&N) no nível municipal.

O questionário “Diagnóstico de implementação da PNAN em nível local - PE” foi composto por 44 perguntas, sendo 24 fechadas de resposta única, 14 de múltipla escolha e 6 abertas. O instrumento abordou temas centrais da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, como Gestão Municipal, Recursos Humanos, Intersetorialidade, Ações e Programas de Alimentação e Nutrição, Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e Financiamento. Seu conteúdo envolveu aspectos como estrutura da equipe, participação em instâncias de gestão e controle social, articulação intersetorial, monitoramento de indicadores e utilização de recursos financeiros.

As respostas fornecidas pelos representantes da área técnica de alimentação e nutrição dos municípios de Pernambuco foram analisadas dependendo de seu caráter quantitativo (análise descritiva) ou qualitativo (análise de conteúdo). Respostas incompletas ou inconsistentes foram excluídas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do diagnóstico situacional sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) nos municípios de Pernambuco (PE) surgiu da necessidade de atender às responsabilidades institucionais atribuídas às Secretarias Estaduais de Saúde. Conforme orientações do Ministério da Saúde, é dever dos entes

federativos garantirem a implementação contínua e articulada da PNAN com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS⁸.

As respostas dadas no questionário evidenciaram importantes fragilidades: vínculos empregatícios instáveis, insuficiência no número de profissionais, falta de apoio institucional, lacunas no conhecimento sobre o planejamento financeiro e dificuldades na articulação intersetorial. Além disso, muitos respondentes demonstraram desconhecimento prévio da PNAN, o que prejudicou a precisão das respostas e indicou fragilidade no exercício do papel de referência técnica municipal⁹. A figura 1, trata de uma nuvem de palavras, construída a partir dos principais desafios reportados.

Figura 1. Nuvem de palavras com Desafios e ameaças.



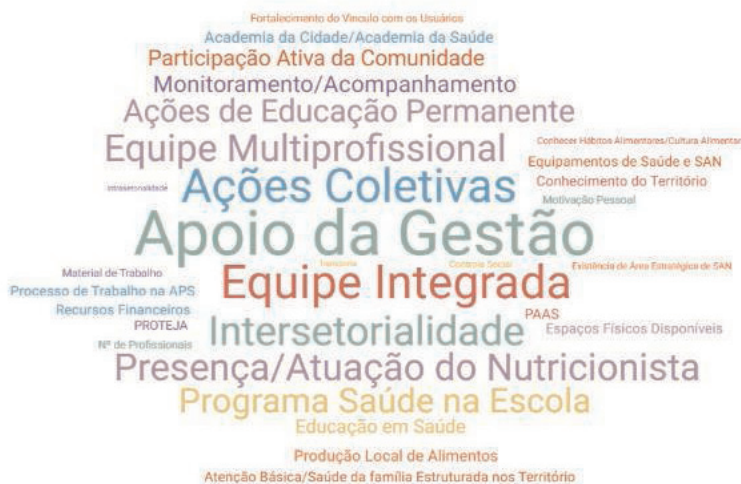
Fonte: Autores.

A exclusão de algumas respostas foi necessária devido à inconsistência ou inadequação em relação às questões abertas, o que evidenciou a necessidade de revisão e qualificação contínua dos instrumentos de coleta de dados.

Apesar dos desafios, o uso de ferramentas digitais se mostrou estratégico ao proporcionar subsídios relevantes para o

diagnóstico, monitoramento e avaliação da implementação da PNAN nos territórios¹⁰. A análise das respostas permitiu identificar fortalezas (figura 2) como o comprometimento de alguns profissionais, a presença de ações pontuais bem estruturadas e o potencial de articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS). Esses elementos oferecem oportunidades para a qualificação da gestão local e para o fortalecimento da agenda de A&N, a partir de ações mais integradas e contextualizadas às realidades dos municípios de PE.

Figura 2. Nuvem de palavras com Fortalezas e Oportunidades.



Fonte: Elaboração dos autores.

Nesse contexto, destaca-se a importância dos diagnósticos situacionais como instrumentos fundamentais para o planejamento estratégico das políticas públicas. Como aponta Mendes¹¹, diagnósticos territorializados e bem estruturados orientam a formulação de ações mais eficazes, adaptadas à realidade dos serviços e das populações atendidas. A continuidade do apoio institucional, a capacitação das equipes técnicas e a valorização

da intersetorialidade são condições indispensáveis para que a PNAN seja efetivamente incorporada na gestão municipal de forma qualificada e sustentável.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A elaboração deste trabalho foi motivada pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em nível local, especialmente no contexto nordestino e, mais especificamente, no estado de Pernambuco. Ao sistematizar dados, evidências e experiências práticas, buscou-se não apenas descrever cenários, mas também contribuir para o fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional como ferramenta estratégica de gestão e cuidado.

A experiência revelou a importância de uma atuação integrada entre diferentes esferas de governo, com destaque para o papel das coordenações estaduais na articulação técnica, na produção de dados qualificados e na promoção de estratégias intersetoriais. Em Pernambuco, o protagonismo da CSANS reforça a capacidade do estado em alinhar diretrizes nacionais às realidades locais, mantendo o foco na promoção da saúde e na garantia do direito humano à alimentação adequada.

Reconhece-se, contudo, que ainda existem desafios a serem enfrentados, como a qualificação da força de trabalho, a ampliação da infraestrutura nos municípios e o uso efetivo dos dados para tomada de decisão. Espera-se que este material sirva como subsídio para gestores, técnicos e pesquisadores comprometidos com a agenda de alimentação e nutrição, fortalecendo políticas públicas sensíveis às necessidades da população.

REFERÊNCIAS

1. Santos SMC, Ramos FP, Medeiros MAT. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: uma análise do processo de institucionalização. Ciênc Saúde Coletiva.

- 2021;26(6):1793-1806. doi:10.1590/1413-81232021266.00642021.
2. Barreto ML, Rasella D, Cardoso AM, et al. Monitoring and evaluation of health and nutrition indicators in Brazil: advances and challenges. *Lancet Reg Health Am.* 2022;9:100203. doi:10.1016/j.lana.2022.100203.
3. Mrejen M, Cruz MV, Rosa L. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de monitoramento do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(1):e00169622. doi:10.1590/0102-311XPT169622.
4. Oliveira FP, Bosi MLM. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: uma análise a partir da atenção básica. *Rev Nutr.* 2020;33:e200004. doi:10.1590/1678-9865202033e200004.
5. Santos LMP, Andrade RC, Salles-Costa R. Sistematização da experiência do SISVAN no Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(9):2105-2114. Doi:10.1590/S0102-311X2007000900016.
6. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CSANS). Boletim Informativo Vitamina A 2025. Recife: SES/PE; 2025.
7. Gonçalves VSS, Silva SA, Andrade RCS, et al. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no SISVAN, Brasil, 2015. *Epidemiol Serv Saude.* 2019;28(2):e2018358. doi:10.5123/S1679-49742019000200012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
9. Castro IRR, Martins PD, Souza EC, Canella DS. Capacidades estatais e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição: análise do ciclo de implementação nos municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(3):e00194117.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

A IMPORTÂNCIA DO INFORME SITUACIONAL DOS PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA APS: INSTRUMENTOS DE APOIO À GESTÃO MUNICIPAL

Vilma Maria Pereira Ramos¹
Louriene De Oliveira Antunes²
Marília Maria de Lucena Macedo²
Elaine Cristina Bernardo Lopes²
Raquel Leopoldino da Silva²

1Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

2Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), criada em 1999 e atualizada em 2011, é um marco do SUS na promoção da saúde e do direito à alimentação adequada^{1,2}. A atualização agregou à PNAN o objetivo de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira pela promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional (VAN), prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição^{3,4}. A PNAN tem como 1º diretriz a Atenção Nutricional, que trata-se do conjunto de cuidados

Palavras-chave: Políticas públicas, cuidado em saúde, insegurança alimentar.

em Alimentação e Nutrição ofertados em associação a outros cuidados em saúde e que deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS) com o intuito de garantir atenção integral à saúde no SUS ^{5,6}.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) configura-se como uma importante ferramenta de apoio à gestão municipal no monitoramento do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar da população brasileira⁷. Sua integração com plataformas como o SISAB e o sistema do Programa Bolsa Família amplia a captação de dados na Atenção Primária à Saúde, permitindo a geração de relatórios por município, faixa etária e período. Os resultados obtidos por meio do SISVAN têm subsidiado avaliações do perfil nutricional de crianças e adolescentes, além de revelar desigualdades regionais na cobertura do sistema. Estudos indicam que a cobertura do SISVAN está positivamente associada à presença de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, e negativamente ao IDH e PIB per capita das Unidades Federativas, evidenciando a importância de fortalecer a atuação local para ampliar seu alcance e efetividade⁸.

A utilização de instrumentos de apoio à gestão municipal, como o SISVAN, é essencial para qualificar as ações de saúde no território. O SISVAN permite o acompanhamento contínuo do estado nutricional e dos hábitos alimentares da população atendida na APS, gerando dados confiáveis que orientam o planejamento e a avaliação de políticas públicas. Sua integração com outros sistemas, como o Programa Bolsa Família, amplia a abrangência das informações e favorece a articulação intersetorial, também fornece subsídios para intervenções mais eficazes que ajudam a identificar desigualdades regionais e populacionais, fortalecendo a capacidade de resposta dos gestores locais frente aos problemas nutricionais⁹.

Portanto, este estudo tem como objetivo analisar a importância do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

(SISVAN) e dos programas e ações estratégicas desenvolvidos pelo CSANS como ferramenta de apoio à gestão municipal, destacando seu papel no monitoramento do estado nutricional da população, na identificação de desigualdades regionais e na formulação de políticas públicas mais efetivas na área de alimentação e nutrição.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo descritivo, baseado na análise documental e de dados secundários extraídos do SISVAN e dos Boletins Informativos Estaduais de Vigilância Alimentar e Nutricional, publicados pela CSANS nos anos de 2023 e 2024. Os dados referem-se à população acompanhada na Atenção Primária à Saúde de Pernambuco, estratificados por ciclos de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes). Foram analisados indicadores de estado nutricional (baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade) e de consumo alimentar (ultraprocessados, aleitamento materno exclusivo e continuado).

Entre os programas contemplados, destacam-se o Programa Bolsa Família, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e de Ferro, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Estratégia Nacional para a Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), e a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

Também são abordadas ações como a implementação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), o apoio à alimentação de pessoas com Necessidades Alimentares Especiais, a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, e iniciativas de Comunicação em Saúde. Além disso, o CSANS contribui para a organização dos cuidados em alimentação e nutrição na APS, bem como para a qualificação profissional por meio de cursos, oficinas e apoio técnico às equipes locais, fortalecendo a go-

vernança das políticas de alimentação e nutrição no território nacional.

O Informe Situacional funciona como um importante instrumento de apoio à gestão municipal, permitindo o planejamento e o monitoramento das ações de alimentação e nutrição no território. Ao disponibilizar dados atualizados sobre o estado nutricional da população, cobertura dos programas e indicadores estratégicos, ele fortalece a tomada de decisões baseada em evidências. Além disso, o informe orienta os gestores municipais na aplicação eficiente dos recursos, no desenvolvimento de políticas públicas integradas e na qualificação da força de trabalho. Dessa forma, contribui diretamente para a melhoria do cuidado em saúde, com enfoque na equidade, integralidade e regionalização dos serviços.

O principal objetivo é analisar a contribuição dos Boletins Informativos Estaduais de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de apoio à gestão municipal, destacando sua importância no diagnóstico, planejamento e monitoramento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde de Pernambuco, no período de 2023 a 2024, com ênfase na utilização dos dados para subsidiar decisões baseadas em evidências, qualificar a força de trabalho e fortalecer o direito humano à alimentação adequada¹⁰.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A utilização dos Informes Situacionais é fundamental para integrar informações em todos os níveis de gestão, impulsionar melhorias no sistema de saúde e ampliar o acesso a políticas públicas de alimentação e nutrição. Eles possibilitam uma visão detalhada da situação alimentar e nutricional dos territórios, facilitando a articulação intersetorial e a construção de respostas mais eficazes e contextualizadas.

REFERÊNCIAS

1. Santos SMC, Ramos FP, Medeiros MAT, Mata MM, Vasconcelos FAG. Avanços e desafios nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37(1):1-18. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150220>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Alimentação e Nutrição celebra 25 anos de compromisso do SUS com os brasileiros. Brasília: MS; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/novembro/politica-nacional-de-alimentacao-e-nutricao-celebra-25-anos-de-compromisso-do-sus-com-os-brasileiros>
3. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2. ed. atual. Brasília: MS; 2011. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Landim ELAS, Guimarães MCL, Pereira APCM. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. *Saúde debate*, 2019;43(5):161-173. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. Informe situacional da alimentação e nutrição nos estados: Pernambuco 2024. Brasília: MS; 2024. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/informe-situacional>
7. Mrejen M, Cruz MV, Rosa L. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de monitoramento do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(1):e00169622. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169622>
8. Moreira MR, Ribeiro LM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1097-1108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017>
9. Gadelha CAG, Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 ;16(6):3003-3016. Available from: <https://www.scielo>.

- br/j/csc/a/hTdfK5rwXnwzQFNDSpCSvdC/abstract/?lang=pt
10. Granja GF, Zoboli ELCP, Fracolli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3759-3764. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200032>

TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO INSTRUMENTO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA APS DE PE

Vilma Maria Pereira Ramos¹
Louriene de Oliveira Antunes¹
Marília Maria de Lucena Macedo¹
Elaine Cristina Bernardo Lopes²
Ranyele Paula da Silva²

¹Secretaria do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

A triagem para risco de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) é essencial na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo em contextos vulneráveis como o de Pernambuco. Permite identificar precocemente situações de risco, orientar ações integradas e fortalecer a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), assegurando o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)^{1,2}. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) reforça a necessidade de articulação entre setores para enfrentar os determinantes da IAN e promover práticas alimentares saudáveis³.

Palavras-chave: Insegurança Alimentar, Vigilância Alimentar E Nutricional E Atenção Primária De Saúde

Assim, a triagem consolida-se como estratégia para o cuidado em saúde, vigilância nutricional e políticas públicas mais equitativas.

Entre 2023 e 2025, Pernambuco aplicou a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) para identificar famílias em risco de IAN via e-SUS Território/ Coleta de Dados Simplificada (CDS), capacitando equipes para seu uso interseccional na vigilância. Os dados integraram a Ficha de Cadastro Individual (FCI), guiando decisões baseadas em evidências³. A PNAN destaca a articulação intersetorial e vigilância alimentar na APS⁴. Estudos apontam que a TRIA, com apenas duas questões da EBIA, é reprodutível, com altos parâmetros de sensibilidade, especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN), recomendada na assistência e vigilância alimentar no Brasil⁵. Assim, consolidou-se como estratégia eficaz para cuidado em saúde, vigilância nutricional e políticas públicas equitativas.

Entre novembro de 2023 e janeiro de 2025, Pernambuco aplicou a TRIA em 892.765 domicílios, dos quais 9% (80.519) foram identificados com risco de insegurança alimentar entre novembro de 2023 e janeiro de 2025. O estado foi classificado como de baixa prevalência de risco (5,1% a 9,9%). De acordo com Silva et al ⁶. Os resultados demonstraram uma maior prevalência de insegurança alimentar e nutricional nas regiões norte e nordeste. Os dados apontam avanços no monitoramento e identificação de famílias vulneráveis, mas também revelam desigualdades no acesso à alimentação adequada. A utilização da TRIA na Atenção Primária à Saúde fortalece a vigilância e apoia ações intersetoriais para promover a segurança alimentar e nutricional no estado ⁷.

Por último, apesar dos avanços no monitoramento e identificação precoce de domicílios vulneráveis, a insegurança alimentar segue sendo um desafio concreto em Pernambuco ⁸. A persistência do risco em muitos lares evidencia desigualdades socioeconômicas profundas e aponta para a necessidade de ar-

ticulação entre saúde, assistência social, segurança alimentar e demais políticas públicas ⁹. Ferramentas simples como a TRIA, com apenas duas perguntas, são eficazes para vigilância nutricional na APS ¹⁰. Estas perguntas foram integradas ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS APS desde novembro de 2023, favorecendo a identificação de famílias em risco e a mobilização intersetorial ¹¹. Portanto, este estudo objetiva apresentar a implementação da TRIA na APS em Pernambuco, articulada ao PEC, como estratégia de vigilância alimentar e nutricional integrada.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo original, de abordagem quantitativa e delineamento transversal descritivo, realizado no estado de Pernambuco, entre novembro de 2023 e janeiro de 2025. O objetivo foi relatar a experiência de registro e utilização da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), vinculada ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do sistema e-SUS APS. A TRIA, composta por duas perguntas sobre insuficiência alimentar nos últimos três meses, foi incorporada ao sistema a partir da versão 5.2.18, sendo aplicada pelas equipes de Saúde da Família durante os atendimentos e cadastros domiciliares, com foco em populações socialmente vulneráveis.

A coleta de dados ocorreu de forma contínua, no fluxo regular dos serviços de APS, utilizando-se a Ficha de Cadastro Individual (FCI) no módulo da (CDS) e o aplicativo e-SUS Território. Um domicílio foi classificado como em risco de insegurança alimentar quando ao menos um morador adulto respondeu afirmativamente a qualquer uma das duas perguntas da TRIA, considerando a resposta mais recente registrada nos seis meses anteriores. As informações foram consolidadas em base estadual, permitindo análise da frequência total de triagens realizadas, da proporção de domicílios em risco e da cobertura municipal.

Os dados foram analisados de forma descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas. A interpretação dos achados seguiu os parâmetros nacionais de classificação de prevalência de risco de insegurança alimentar, a fim de contextualizar a situação de Pernambuco no cenário nacional. Por se tratar de um estudo com base em dados secundários, anonimizados e extraídos de sistemas oficiais de informação em saúde, foram respeitadas as diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A iniciativa contou com anuência das instâncias gestoras responsáveis pela alimentação e monitoramento do sistema e-SUS APS no estado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre novembro de 2023 e janeiro de 2025, foram realizadas 892.765 triagens domiciliares por meio da TRIA em Pernambuco, das quais 9% (80.519 domicílios) foram identificados em risco de insegurança alimentar. Esse percentual classifica o estado na faixa de baixa prevalência, conforme critérios nacionais¹². A abrangência das triagens, correspondente a cerca de 30% dos domicílios do estado, demonstra o avanço na incorporação da TRIA ao e-SUS APS e no fortalecimento da vigilância em saúde na Atenção Primária¹³.

Embora esses dados indiquem progresso na detecção precoce das vulnerabilidades, a expressiva quantidade de domicílios em risco evidencia desigualdades socioeconômicas e territoriais persistentes no estado, que impactam o acesso regular e adequado à alimentação¹⁴. Além disso, a adoção da TRIA apresenta variações entre municípios, refletindo diferenças na capacidade técnica e apoio das gestões locais, o que influencia a efetividade das ações de vigilância alimentar¹⁵.

Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de fortalecer a articulação intersetorial entre saúde, assistência social e políticas de segurança alimentar, para assegurar o direito humano à alimentação adequada e reduzir as desigualdades no

acesso aos recursos essenciais ¹⁶. Assim, a implementação da TRIA no âmbito da Atenção Primária representa avanço estratégico para a promoção da segurança alimentar e nutricional no território pernambucano, embora demande ampliação e qualificação contínua das ações.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A vivência com a implantação da TRIA na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco mostrou, na prática, o quanto uma ferramenta simples pode fazer diferença na identificação de famílias em situação de vulnerabilidade alimentar. Mais do que números, os dados revelam histórias de desigualdade, insegurança e necessidade. Ao mesmo tempo, evidenciam o potencial do SUS em produzir informações relevantes e orientar ações concretas nos territórios.

Mesmo com desafios como a desigualdade na cobertura entre os municípios e as limitações operacionais enfrentadas pelas equipes, a incorporação da triagem à rotina dos serviços representou um avanço importante para a Vigilância Alimentar e Nutricional. Foi um passo significativo na construção de um SUS mais atento às realidades locais e mais preparado para agir diante delas.

Para que essa experiência se fortaleça e se sustente ao longo do tempo, é fundamental manter o apoio técnico e político, investir na formação contínua dos profissionais e garantir que os dados não fiquem apenas no papel, mas sirvam como base para decisões e encaminhamentos. Que a TRIA continue sendo uma ponte entre a identificação da necessidade e a resposta efetiva do poder público. Ampliar essa estratégia, torná-la permanente e sensível às particularidades de cada território é um caminho necessário para que a saúde cumpra seu papel na promoção do direito à alimentação adequada e na superação das desigualdades que ainda marcam tantas realidades.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Triage para Risco de Insegurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2021.
2. CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA, 2014.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: MS, 2012.
4. SILVA, F. M. V. A. Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2021.
5. Carvalho, R. E. S., Poblacion, A., Gouveia, A. V. S., Correia, M. E. G., Segall-Corréa, A. M., Cook, J., & Silveira, J. A. C. (2022). Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. Cadernos de Saúde Pública. doi: 10.1590/0102-311XPT239521
6. Silva FMVA. Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [tese de especialização]. São Francisco do Conde: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira; 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de aplicação da TRIA em Pernambuco – Dados consolidados (2023–2025). Brasília: MS, 2025.
8. Silva CS et al. Situação de insegurança alimentar em domicílios de Pernambuco, Região Nordeste do Brasil: contribuições para discussão da violação do direito à alimentação. Saúde Sociedade. 2022;31(4):e210617pt. Prevalência de 68,4% de IA, associada a vulnerabilidade socioeconômica e participação no Bolsa.
9. Santos EES, Bernardino ÍM, Pedraza DF. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família em dois municípios paraibanos, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(5):1607–17. doi:10.1590/1413-81232020255.33412019
10. Palmeira PA, Bem-Lignani J, Salles-Costa R. Acesso aos benefícios e programas governamentais e insegurança alimentar nas áreas rurais e urbanas do Nordeste brasileiro. Ciênc Saúde Colet. 2022;27(7):2583–95.
11. Registro da TRIA no PEC do e-SUS APS desde novembro de 2023 foi documentado em relatórios oficiais do Ministério da Saúde
12. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua: Segurança Alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

13. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
14. Costa MR, Oliveira NF, Pereira MLC. Desigualdades socioeconômicas e insegurança alimentar no Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública. 2022;38(7):e0022562
15. Oliveira RM, Santos LCG, Rodrigues TS. Implementação da triagem de insegurança alimentar na atenção básica: estudo multicêntrico. Saúde Debate. 2024;48(135):45-60.
16. FAO, OPAS. Estratégias intersetoriais para segurança alimentar e nutricional no Brasil. Brasília: FAO; 2022



O PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A E SUA OPERACIONALIZAÇÃO EM PERNAMBUCO

Vilma Maria Pereira Ramos¹
Louriene de Oliveira Antunes²
Marília Maria de Lucena Macedo²
Elaine Cristina Bernardo Lopes²
Raquel Leopoldino da Silva²

¹Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
POLÍTICAS
ESTRATÉGICAS E
TRANSVERSAIS

INTRODUÇÃO

Estima-se que aproximadamente 340 milhões de crianças em todo o mundo sejam afetadas por deficiências de micronutrientes, sendo as menores de 5 anos as mais vulneráveis a esses agravos nutricionais¹. Em países em desenvolvimento, essas deficiências são mais prevalentes, destacando-se as de ferro, zinco, vitamina A, iodo e folato, com consequências significativas — como atraso no crescimento, raquitismo, comprometimento cognitivo e imunológico, diarreia e infecções respiratórias^{1,2}.

Palavras-chave: Políticas públicas, Suplementação de Micronutrientes, Promoção da Alimentação Adequada e Saudável.

A vigilância e o controle desses distúrbios são prioritários para a saúde pública, exigindo o conhecimento da magnitude e distribuição dos casos para formulação e revisão de políticas públicas adequadas ao perfil epidemiológico local³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a suplementação profilática de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses para prevenir hipovitaminose A, xeroftalmia, cegueira nutricional, diarreia e mortalidade infantil⁴. Entretanto, essa intervenção deve ser integrada a uma abordagem mais ampla, incluindo diversificação alimentar e promoção da saúde nutricional^{4,5}. Os Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes devem ser adaptados às necessidades específicas de cada território, levando em conta a prevalência dos agravos, bem como os riscos e vulnerabilidades da população⁶.

A elaboração do boletim traz a reflexão sobre a importância de integrar a suplementação à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, conforme orientações dos Guias Alimentares para a População Brasileira e para Crianças Menores de 2 anos⁷.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A participação na elaboração e análise do Boletim Informativo 2025, comemorativo aos 20 anos dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes (PNSM), evidenciou o avanço das políticas públicas voltadas à prevenção de deficiências nutricionais em Pernambuco. A experiência permitiu observar como o PNSVA se consolidou como uma estratégia essencial na redução da hipovitaminose A, especialmente entre crianças de 6 a 59 meses, grupo mais vulnerável às consequências dessa carência nutricional².

O processo de elaboração exigiu um esforço concentrado de levantamento, validação e organização dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde, especialmente o SISAB e o e-SUS APS, que permitiu identificar avanços, lacunas e boas

práticas municipais de distribuição vitamina A nas faixas etárias estabelecidas⁸. A cobertura para crianças de 6 a 11 meses foi de 72,20% em 2024, enquanto para as de 12 a 59 meses foi de 45,45%, indicando um desafio maior em atingir essa população mais ampla.

A experiência destacou a relevância de estratégias como a oferta durante consultas de puericultura e a busca ativa por meio das Equipes de Saúde da Família, garantindo a efetividade do programa no território. A tradução desses dados em gráficos e mapas também foi um diferencial na comunicação com os gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde. O envolvimento da Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CSANS) no levantamento, sistematização e divulgação dos dados reforça o papel das instâncias estaduais na Vigilância Nutricional¹⁰.

A respeito da evolução histórica do PNSVA, iniciado em 1983 com distribuição de cápsulas associadas à vacina antipólio, e institucionalizado oficialmente em 2005⁹. A experiência de analisar esse percurso evidenciou como a reformulação das políticas públicas, baseada em dados epidemiológicos, fortaleceu a atuação dos municípios e ampliou o público-alvo, inclusive considerando critérios de vulnerabilidade como o CadÚnico^{11,12}.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Ao analisar a evolução do PNSVA, observamos a capacidade do SUS de adaptar-se às realidades locais, mantendo-se alinhado às recomendações da Organização Mundial da Saúde.

A experiência de coleta de dados e consolidação para construção do boletim reforça que a suplementação isolada não é suficiente, devendo ser parte de um cuidado ampliado, focado na segurança alimentar e nutricional. Concluímos que a articulação entre suplementação, educação alimentar e vigilância nutricional é essencial para o enfrentamento das deficiências de micronutrientes e promoção da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

1. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child under-nutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382(9890):427–451. doi:10.1016/S0140-6736(13)-60937-X
2. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008;371(9610):417–440. doi:10.1016/S0140-6736(07)61693-6
3. Silva OLO, Lindemann IL, Prado SG, et al. Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002–2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(3):541–546. doi:10.5123/S1679-49742014000300017
4. Imdad A, Mayo-Wilson E, Herzer K, Bhutta ZA. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD008524. doi:10.1002/14651858.CD008524.pub3
5. Haider BA, Bhutta ZA. Neonatal vitamin A supplementation for the prevention of mortality and morbidity in term neonates in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2:CD006980. doi:10.1002/14651858.CD006980.pub3
6. Gonçalves VSS, Silva SA, Andrade RCS, et al. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(2):e2018358. doi:10.5123/S1679-49742019000200012
7. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Gov.br [s.d.]. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/view> (acesso em 7 de julho de 2025).
8. NOTA TÉCNICA Nº 19/2025-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Gov.br [s.d.]. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteu-do/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-19-2025-caeq-cgesco-desco-saps-ms.pdf> (acesso em 7 de julho de 2025).
9. Martins MC, Santos LMP, Santos SMC dos, Araújo M da PN, Lima AMP, Santana LAA. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 3 - o Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. *Cad Saude Publica* 2007;23:2081–93. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2007000900016>.

10. Mrejen M, Cruz MV, Rosa L. The Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) as a tool to monitor the nutritional status of children and adolescents in Brazil. *Cad Saude Publica* 2023;39:e00169622. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169622>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_programas_nacionais_suplementacao_micronutrientes.pdf. (acesso em 7 de julho de 2025).
12. Miranda WD de, Cunha TRA, Guimarães EAA, Campos DS, Luz ZMP da. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: educação alimentar e nutricional no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cad Saúde Colet* 2021;29:509–17. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202129040225>.



ENTRE O CÁRCERE E O DIREITO À SAÚDE: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE EM PERNAMBUCO

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Maria Júlia de Souza Nascimento
Maria Eduarda Soares Diniz Antunes
Merielly Mariano Bezerra de Araujo
Anna Beatriz Leite D' Andrada

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária,
Diretoria Geral de Atenção à Saúde Prisional,
Recife, Pernambuco

TEMA 3
ATENÇÃO
À SAÚDE
PRISIONAL

INTRODUÇÃO

A compreensão do perfil sociodemográfico das pessoas privadas de liberdade (PPL) é um passo fundamental para a formulação e aprimoramento de políticas públicas eficazes e humanizadas no âmbito do sistema prisional. Este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise detalhada das características da população encarcerada no Estado de Pernambuco, considerando variáveis como idade, sexo, cor/raça, escolaridade, situação socioeconômica, entre outros aspectos que compõem o contexto social dessas pessoas.

Estudar o perfil sociodemográfico da população prisional é essencial para identificar vulnerabilidades, desigualdades estruturais e padrões de seletividade penal que marcam o encarceramento em massa no Brasil. A partir dessa compreensão, é possível subsidiar estratégias mais adequadas para a garantia de direitos, para a qualificação das políticas de segurança pública, justiça criminal e, especialmente, das ações de saúde, educação e reintegração social no ambiente prisional.

No caso de Pernambuco, essa análise se torna ainda mais urgente diante do histórico de superlotação, precarização das unidades prisionais e concentração de pessoas presas em situação de extrema vulnerabilidade. O estado possui uma das maiores taxas de encarceramento do país, com grande parte de sua população carcerária formada por jovens, negros, com baixa escolaridade e oriundos de contextos de exclusão social^(1,2).

Para a construção deste capítulo, foram utilizados dados oficiais e institucionais provenientes de diferentes fontes: o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)¹, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ)², através do Banco Nacional de Monitoramento de Prisões (BNMP 2.0) e dos relatórios do Programa Justiça Presente; dados administrativos e estatísticos fornecidos pela Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP)³, assim como planilhas de monitoramento realizadas pela Diretoria Geral de Atenção à Saúde Prisional (DGASP) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Tais fontes permitem não apenas o mapeamento quantitativo da população encarcerada, mas também uma leitura crítica e contextualizada da realidade prisional no estado.

Os PPL enfrentam um processo sistemático de desumanização, sendo frequentemente negados como sujeitos de direito, sobretudo no campo da saúde. A lógica punitiva concentra-se na execução da pena privativa de liberdade, mas, não raro, o encarceramento implica uma segunda pena invisível: a negação ou restrição do acesso a serviços essenciais, como saúde, educa-

ção e assistência social. As dificuldades de acesso e a garantia da integralidade do cuidado no SUS, que já enfrentam desafios no contexto geral, se agravam no sistema penitenciário, reforçadas pelo olhar social que coloca os PPL como sujeitos de não direito.

No entanto, é preciso reafirmar que a privação de liberdade não suspende o direito à saúde, garantido constitucionalmente e operacionalizado pelo SUS, cuja diretriz de universalidade implica atenção integral a todos, inclusive às pessoas encarceradas. A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto porta de entrada e coordenadora do cuidado, tem papel estratégico nesse contexto, assegurando ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde dentro das unidades prisionais.

Estudos como este são fundamentais para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas que não reproduzam a exclusão, mas que efetivem o direito à saúde no cárcere como elemento de dignidade e cidadania. Ignorar essas obrigações configura não apenas omissão do Estado, mas uma perpetuação das desigualdades e iniquidades que marcam a trajetória dos PPL, contribuindo para o ciclo de violência e reincidência. Nesse sentido, o SUS nas prisões não é concessão, é dever do Estado e um instrumento de justiça social^{4,5}.

Assim, este estudo pretende contribuir com o debate acadêmico e institucional acerca do sistema penitenciário, oferecendo elementos que favoreçam uma abordagem intersetorial e baseada em evidências, com vistas à construção de respostas mais justas e equitativas para os PPL em Pernambuco.

PANORAMA GERAL DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA EM PERNAMBUCO

O Estado de Pernambuco ocupa, historicamente, uma posição de destaque no cenário nacional no que se refere à população carcerária. A trajetória do encarceramento no estado reflete o avanço de uma política penal marcada pela expansão da rede prisional e pelo crescimento contínuo dos PPL, especialmente a

partir dos anos 2000, quando se intensificaram as ações de repressão penal em resposta à violência urbana e ao tráfico de drogas.

Nas últimas duas décadas, Pernambuco passou por um crescimento expressivo em sua população carcerária, conforme dados do DEPEN e do Sistema Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN). Em 2000, o estado registrava cerca de 10 mil pessoas privadas de liberdade, número que praticamente triplicou até 2023, alcançando mais de 33 mil indivíduos sob custódia do sistema prisional estadual. Essa evolução posiciona Pernambuco entre os cinco estados brasileiros com maior número absoluto de presos, refletindo desafios significativos na gestão e superlotação das unidades prisionais locais ^{1,2}.

Esse aumento ocorre de forma desproporcional à ampliação da infraestrutura das unidades prisionais, contribuindo para um cenário de superlotação crônica. A taxa de ocupação prisional em Pernambuco ultrapassa frequentemente os 150% da capacidade instalada, conforme apontam os relatórios do CNJ². Tal realidade compromete a dignidade dos custodiados e agrava as condições de trabalho dos profissionais do sistema, sejam na área de saúde, direitos humanos, serviço social, penal dentre outros.

A tipologia das unidades prisionais no estado é composta por penitenciárias, presídios, cadeias públicas e unidades específicas para mulheres. Há também centros de observação e hospitais de custódia, ainda que em número reduzido. A maior parte das unidades prisionais concentra-se na Região Metropolitana do Recife, onde também se verifica a maior densidade populacional carcerária, o que impõe desafios à interiorização das políticas de execução penal e atenção integral à saúde dos PPL.

Essa configuração evidencia não apenas o aumento quantitativo da população presa, mas também a complexidade do sistema prisional pernambucano, que demanda respostas intersetoriais e estruturantes para a garantia dos direitos dos usuários bem como para o enfrentamento das causas estruturais do encarceramento em massa.

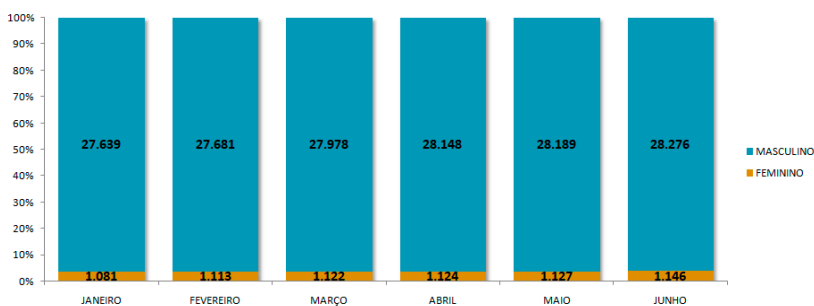
ANÁLISE DEMOGRÁFICA

A caracterização demográfica da população privada de liberdade em Pernambuco permite compreender com maior precisão os padrões sociais e estruturais que atravessam o encarceramento no estado. As informações que sustentam esta análise foram sistematizadas a partir de dados oficiais fornecidos pela SEAP, no primeiro semestre de 2025.

Sexo

A população prisional de Pernambuco apresentou uma média de 29.104 PPL no primeiro semestre de 2025, das quais 27.985 eram homens (96,1%) e 1.119 mulheres (3,9%). A distribuição mensal indicou crescimento gradual no número de PPL, com homens variando de 27.639 em janeiro a 28.276 em junho, e mulheres de 1.081 em janeiro a 1.146 em junho.

Gráfico 01. Distribuição de PPL segundo sexo biológico, 1º Semestre de 2025.



Fonte: Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, 2025.

A predominância masculina no sistema prisional de Pernambuco segue a tendência nacional e internacional, onde os homens representam mais de 90% da população carcerária¹. A pequena, porém crescente presença feminina no sistema, que passou de 1.081 em janeiro para 1.146 em junho, representa

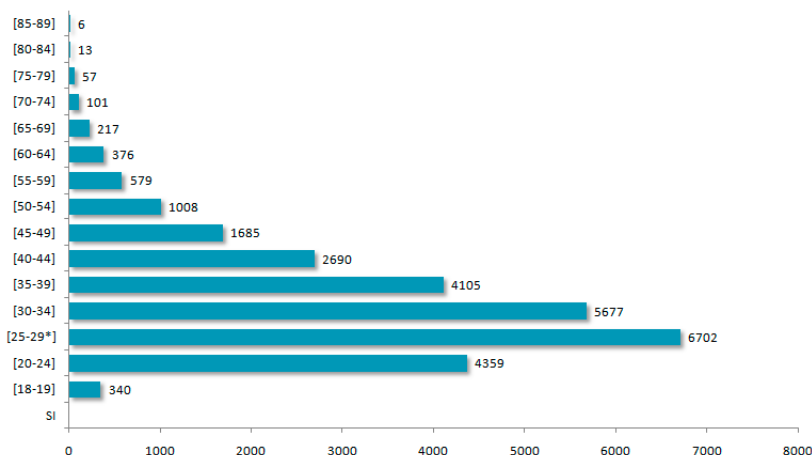
um aumento percentual relevante para este grupo, que requer atenção específica.

O aumento constante do número de pessoas de PPL, ainda que gradual, aponta para a persistência da política criminal que mantém ou amplia o encarceramento. Tal dinâmica reforça a necessidade de avaliar as causas sociais que impulsionam essa tendência, como desigualdade socioeconômica, precariedade educacional e o impacto das políticas de segurança pública.

Faixa Etária

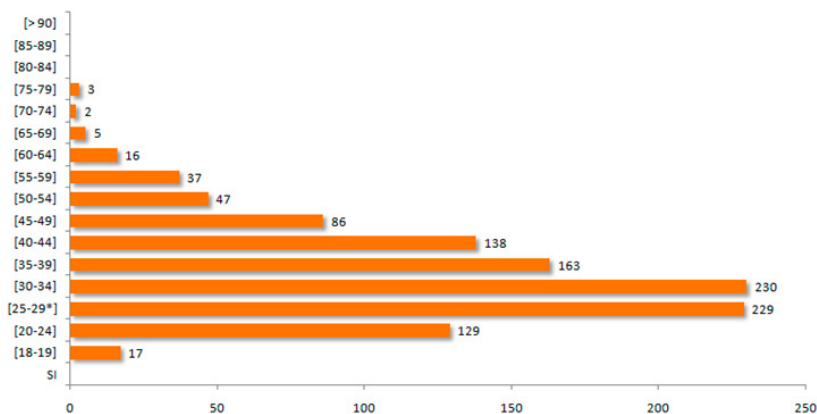
A análise da faixa etária evidenciou predomínio da população jovem e adulta. Entre os homens, as faixas mais representativas foram: 25-29 anos (6.702 indivíduos), 30-34 anos (5.677 indivíduos) e 20-24 anos (4.359 indivíduos). Para as mulheres, os maiores contingentes concentraram-se nas mesmas faixas etárias, ainda que em números inferiores: 30-34 anos (230 indivíduos), 25-29 anos (229 indivíduos) e 35-39 anos (163 indivíduos).

Gráfico 02. Pirâmide etária da população masculina privada de liberdade em Pernambuco – 1º semestre de 2025.



Fonte: Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, 2025.

Gráfico 03. Pirâmide etária da população feminina privada de liberdade em Pernambuco – 1º semestre de 2025.



Fonte: Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, 2025.

Observa-se um declínio progressivo nas faixas etárias superiores, com expressiva diminuição na população acima de 50 anos para ambos os sexos. A expressiva concentração de PPL entre 20 e 34 anos evidencia o impacto do encarceramento sobre um grupo em plena fase produtiva da vida. Trata-se de um período crucial para a construção de autonomia, cidadania e inserção no mercado de trabalho, elementos que podem ser profundamente comprometidos pela passagem pelo sistema prisional. Segundo dados da UNODC Brasil(6), aproximadamente 45 milhões de jovens no país têm entre 15 e 29 anos, faixa etária marcada por potencialidades, mas também atravessada por contextos de alta violência, vulnerabilidade social e criminalização estrutural. Esses fatores, combinados, tornam o encarceramento um ponto de ruptura em trajetórias que poderiam se desenvolver de forma mais plena.

A presença significativa de jovens entre 18 e 19 anos (340 homens e 17 mulheres) evidencia a entrada precoce no sistema penal, um fator associado a maior risco de reincidência e dificuldades de reinserção. Este dado reforça a urgência de políticas de prevenção que atuem em territórios vulneráveis e com foco em juventudes.

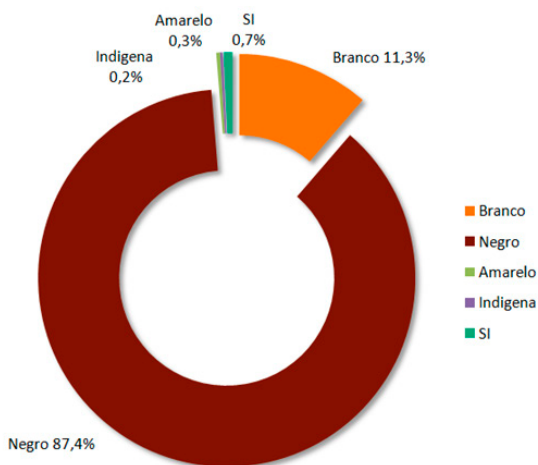
Para as faixas etárias mais avançadas, a queda no número de PPL pode refletir menor incidência de condenações para adultos mais velhos, além de processos de progressão de pena e saída do sistema, embora também possa indicar invisibilidade e falta de dados mais detalhados sobre idosos encarcerados.

Raça e Cor

No que tange ao marcador racial, o grupo majoritário é o das pessoas negras, com média semestral de 25.427 indivíduos, seguido por pessoas brancas (3.299), amarelas (95), indígenas (67) e outras categorias (217). A categoria negra inclui aqueles que se autodeclararam morenos, pardos e negros, conforme classificação do IBGE.

A categoria que agrupa pardos, morenos e negros, conforme a autodeclaração utilizada, aponta para a complexidade das identidades raciais brasileiras e para a necessidade de abordagens que reconheçam essas nuances para o desenvolvimento de políticas inclusivas e antirracistas.

Gráfico 04. Distribuição de PPL segundo Raça/Cor. Primeiro semestre de 2025.



Fonte: Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, 2025.

As pessoas brancas, que constituem cerca de 11,3% da população prisional, e os grupos indígenas e amarelos, embora em números reduzidos, também demandam atenção, sobretudo no que diz respeito ao respeito à diversidade cultural e aos direitos específicos.

O predomínio de pessoas negras no sistema prisional de Pernambuco reflete o impacto do racismo estrutural na produção e reprodução das vulnerabilidades sociais e institucionais que atingem de forma desproporcional os corpos pretos. Essa realidade não pode ser dissociada das desigualdades históricas de acesso à educação, saúde, moradia e trabalho digno, que condicionam trajetórias marcadas por violência e exclusão.

A seletividade penal e o encarceramento em massa funcionam, nesse contexto, como mecanismos de controle social que criminalizam a pobreza e reforçam a marginalização da população negra. Estudos recentes reforçam que a população negra, especialmente os homens jovens, é alvo preferencial das ações repressivas do Estado, resultando em prisões arbitrárias, maior tempo de permanência no cárcere e maior exposição a violações de direitos⁷. Portanto, a super-representação de pessoas negras no cárcere não é casual, mas expressão concreta de um sistema social que perpetua desigualdades raciais e aprofunda a exclusão social.

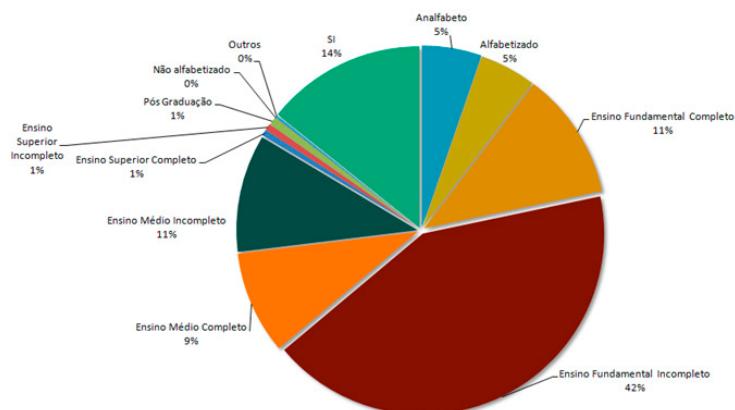
Níveis de Escolaridade

A análise dos dados relativos ao nível de escolaridade da PPL em Pernambuco revela um cenário marcado por expressiva vulnerabilidade educacional. A maior parte dos indivíduos encontra-se concentrada nas etapas iniciais do percurso escolar, o que evidencia limitações no acesso, permanência e conclusão da educação básica.

Dentre os dados levantados, destaca-se que a maioria dos PPL possui o Ensino Fundamental Incompleto, totalizando uma

média de 16.420 indivíduos (42%). Em seguida, observa-se um contingente significativo de pessoas analfabetas, representando aproximadamente 2.143 indivíduos, além de 1.594 pessoas que se declararam alfabetizadas, porém sem escolarização formal.

Gráfico 05. Distribuição de PPL segundo Escolaridade. Primeiro semestre de 2025.



Fonte: Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, 2025.

Em níveis mais avançados de escolarização, identificaram-se em média 4.183 pessoas com o Ensino Médio Incompleto e 2.883 com o Ensino Médio Completo. Já a média do número de indivíduos que alcançaram o Ensino Superior é substancialmente reduzida: 248 pessoas com o Ensino Superior Incompleto, 175 com o Ensino Superior Completo e apenas 10 indivíduos com Pós-Graduação.

Outros recortes indicam que em média 71 pessoas se classificaram na categoria "outros", 22 se identificaram como não alfabetizados, categoria distinta dos analfabetos, e, em média, 3 registros não apresentaram qualquer informação sobre a escolaridade.

Tais dados reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à garantia do direito à educação dentro do sistema

prisional, promovendo a alfabetização, a continuidade dos estudos e a qualificação profissional como estratégias centrais para a ressocialização e redução da reincidência.

A baixa escolarização da PPL está diretamente relacionada às condições de exclusão social que antecedem o encarceramento, compondo um ciclo de vulnerabilidade que o sistema prisional, por si só, tende a aprofundar se não houver investimentos consistentes em educação. O acesso à educação no cárcere tem efeitos positivos na autoestima, na construção de projetos de vida e na redução das taxas de reincidência criminal, sendo um direito assegurado pela Lei de Execução Penal e reafirmado por diretrizes nacionais e internacionais de direitos humanos^{8,9}.

Assim, a superação do analfabetismo e o incentivo à escolarização plena devem ser entendidos não apenas como medidas de ressocialização, mas como parte de uma reparação histórica frente às desigualdades estruturais que atravessam o perfil social da população encarcerada.

Estado Econômico

A análise da situação econômica dos PPL no estado de Pernambuco evidencia um cenário de ampla vulnerabilidade socioeconômica, com predominância de indivíduos inseridos em faixas de baixa renda antes da privação de liberdade. Os dados monitorados a partir da autodeclaração da faixa orçamentária indicam que a maior parte da população prisional provém de contextos marcados por restrições econômicas severas.

Verificou-se que em média 21.574 de PPL (74,13%) declararam ter como rendimento mensal o equivalente a um salário-mínimo, configurando o grupo majoritário. Adicionalmente, cerca de 4.018 indivíduos (13,80%) relataram ter rendimentos inferiores a um salário-mínimo, o que reforça o quadro de pobreza extrema.

Em patamares ligeiramente superiores, em média de 2.450 pessoas (8,42%) declararam receber até dois salários-mínimos, enquanto 247 pessoas (0,85%) relataram rendimentos de até três salários-mínimos. As faixas de renda mais elevadas são representadas em média por percentuais residuais da população: 41 pessoas (0,14%) com rendimentos de até quatro salários-mínimos; 32 pessoas (0,11%) com até cinco salários; 7 pessoas (0,02%) com até dez salários-mínimos; e apenas 4 pessoas (0,01%) com rendimentos superiores a dez salários.

O recorte orçamentário evidencia que mais de 96% da população prisional de Pernambuco se encontrava, à época do levantamento, dentro da faixa de até dois salários-mínimos mensais. Este dado reforça a associação entre pobreza e encarceramento, além de evidenciar a urgência de estratégias intersetoriais que articulem políticas de inclusão social, qualificação profissional e garantia de renda para a prevenção de trajetórias marcadas pela criminalização da pobreza

Estado Civil e suas implicações

A caracterização do estado civil dos PPL fornece informações relevantes para a compreensão dos vínculos afetivos, familiares e sociais previamente estabelecidos por essa população. Esses dados são fundamentais para orientar políticas públicas voltadas ao fortalecimento dos laços familiares durante o cumprimento da pena, bem como para o planejamento de estratégias de reintegração social.

De acordo com os dados sistematizados, observa-se que a maioria dos indivíduos encarcerados é composta por pessoas solteiras, totalizando em média 14.675 pessoas (50,42%). Este dado reforça a prevalência de vínculos afetivos não formalizados juridicamente entre a população prisional. Em seguida, destaca-se a média expressiva de pessoas em situação de união estável, com 11.096 indivíduos (38,12%), revelando uma par-

cela significativa que mantém relacionamentos duradouros fora dos marcos legais do casamento.

Em menor proporção, foram registrados em média de 2.066 indivíduos (7,10%) casados formalmente e 592 pessoas (2,03%) que declararam possuir companheiros(a). Situações de dissolução de vínculos afetivos aparecem em médias percentuais mais reduzidas, com 335 pessoas (1,15%) divorciadas, 92 (0,32%) separadas judicialmente e 113 (0,39%) viúvas. Há, ainda, um número residual de 129 pessoas (0,44%) que não informaram seu estado civil.

A expressiva predominância de pessoas solteiras ou em união estável na população encarcerada pode refletir não apenas aspectos etários e culturais, mas também contextos de instabilidade econômica e social que influenciam diretamente os arranjos afetivos. A compreensão desse perfil relacional é estratégica para o fortalecimento de ações de assistência social e para a garantia de direitos relacionados ao convívio familiar no ambiente prisional.

Marcadores de Vulnerabilidade Social

A análise do perfil dos PPL evidencia a íntima relação entre o encarceramento e diversos marcadores de vulnerabilidade social. Esses fatores, historicamente construídos e socialmente reproduzidos, contribuem para a seletividade penal e para a reprodução das desigualdades estruturais no interior do sistema de justiça criminal.

Um dos principais elementos que perpassam a trajetória da população encarcerada é o histórico de exclusão social. Grande parte dos indivíduos privados de liberdade vivenciou, desde a infância, contextos marcados pela ausência ou fragilidade de políticas públicas de proteção social, baixa escolarização, insegurança alimentar, desemprego estrutural e acesso precário a serviços básicos de saúde, educação e moradia. A ausência de oportunidades

e de redes de apoio institucional reforça ciclos de marginalização que, não raro, culminam na criminalização da pobreza¹.

Outro fator determinante é a inserção em territórios marcados por violência estrutural e pobreza extrema, como periferias urbanas, comunidades com presença ostensiva de facções criminosas e áreas de vulnerabilidade social prolongada. Nessas localidades, observa-se a convivência cotidiana com a violência armada, a falta de equipamentos públicos e a atuação repressiva do Estado. Estudos demonstram que jovens negros, moradores das periferias, são os mais atingidos por abordagens policiais violentas e por políticas de segurança pública voltadas prioritariamente para o controle, e não para a prevenção ou inclusão social¹⁰.

Por fim, destaca-se de forma contundente a presença majoritária de pessoas negras e oriundas de periferias urbanas no sistema prisional. Os dados mais recentes indicam que mais de 65% da população carcerária pernambucana é composta por pessoas que se autodeclaram pretas ou pardas³. Esse recorte racial evidencia o racismo estrutural como componente central na dinâmica do encarceramento em massa no Brasil, onde a cor da pele, a origem geográfica e a condição social influenciam significativamente as chances de abordagem policial, prisão preventiva, condenação e cumprimento de pena em regime fechado¹¹.

Assim, os marcadores de vulnerabilidade social não apenas antecedem a experiência prisional, mas moldam profundamente as trajetórias dos sujeitos submetidos ao sistema penal. Reconhecer essas interseções é fundamental para compreender o caráter seletivo do encarceramento e para propor estratégias que articulem justiça social, reparação histórica e garantia de direitos.

Comparações com o Cenário Nacional

A análise do perfil sociodemográfico dos PPL em Pernambuco revela importantes pontos de convergência com o pano-

rama nacional, ao mesmo tempo em que evidencia especificidades regionais que merecem destaque. Comparar o cenário pernambucano com o do restante do país permite compreender as dinâmicas locais à luz das tendências estruturais do encarceramento no Brasil.

De acordo com o 15º ciclo do Levantamento Nacional do Infopen, divulgado pela Secretaria Nacional de Políticas Penais (SNAPPEN), o Brasil ultrapassou, em 2023, a marca de 850 mil PPL, consolidando-se como o terceiro maior sistema prisional do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos e da China¹². Pernambuco, com mais de 33 mil pessoas encarceradas no mesmo ano, contribui significativamente para esse quadro, posicionando-se entre os seis estados com maior número absoluto de presos¹².

Em termos de composição racial, faixa etária e condição socioeconômica, o perfil da população prisional de Pernambuco apresenta fortes semelhanças com a média nacional. Em ambos os contextos, predominam homens jovens (entre 18 e 29 anos), negros (pretos e pardos), com baixa escolaridade e provenientes de camadas sociais mais vulneráveis^{3,11}. Essa homogeneidade indica a presença de um padrão nacional de encarceramento marcado por seletividade penal, racismo estrutural e criminalização da pobreza.

No entanto, Pernambuco apresenta singularidades regionais importantes. A primeira delas diz respeito ao índice de superlotação, que no estado é historicamente superior à média nacional. Enquanto a taxa de ocupação nacional gira em torno de 120%, em Pernambuco ela frequentemente ultrapassa 150%, com unidades chegando a operar com o triplo da capacidade^{2,12,13}. Esse fator acarreta graves violações de direitos humanos e compromete a efetividade de políticas de reintegração social.

Outra particularidade diz respeito à distribuição das unidades prisionais, altamente concentradas na Região Metropolitana do Recife. Essa centralização dificulta o acesso de familiares

que vivem no interior e gera desigualdades no atendimento às necessidades básicas da população carcerária, como saúde, educação e assistência jurídica. Além disso, Pernambuco possui uma proporção elevada de presos provisórios, mais de 30%, o que também supera a média nacional e evidencia o uso excessivo da prisão preventiva como medida cautelar¹⁴.

Portanto, embora Pernambuco compartilhe com o restante do país as características de uma população prisional jovem, negra, pobre e com baixo nível de escolaridade, apresenta agravantes locais que intensificam a vulnerabilidade dos PPL. Reconhecer essas similaridades e diferenças é fundamental para a construção de políticas públicas mais eficazes, que levem em consideração as especificidades regionais e enfrentem de forma sistêmica as desigualdades sociais que atravessam o sistema penal brasileiro.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A análise do perfil sociodemográfico dos PPL em Pernambuco permite compreender, com maior profundidade, as dinâmicas sociais, econômicas e raciais que sustentam o atual modelo de encarceramento em massa. Ao traçar esse perfil, evidencia-se a prevalência de jovens, negros, com baixa escolaridade, oriundos de territórios periféricos e marcados por exclusão histórica, um padrão que revela a seletividade do sistema penal e reforça a necessidade de atuação intersetorial e preventiva do Estado.

Apesar da relevância dos dados analisados ao longo deste capítulo, é importante reconhecer as limitações das bases disponíveis e as lacunas ainda existentes na produção de informações sobre a população prisional. A escassez de dados atualizados, desagregados por sexo, raça, identidade de gênero, deficiência, nacionalidade e condição de saúde dificulta uma leitura mais precisa e interseccional da realidade.

Ainda assim, os dados disponíveis permitem extrair importantes contribuições para as políticas públicas no campo da

prevenção da violência, da justiça criminal e da reintegração social. O reconhecimento dos fatores sociais que antecedem o aprisionamento, como a pobreza, o racismo estrutural, o fracasso escolar e a ausência de políticas públicas efetivas, deve orientar estratégias de prevenção primária, com foco na infância e juventude, especialmente em territórios mais vulneráveis.

A construção de um sistema penal mais justo e eficiente depende, sobretudo, do enfrentamento das desigualdades sociais que estruturam o processo de criminalização no Brasil. O diagnóstico do perfil sociodemográfico da população encarcerada em Pernambuco é um passo essencial nesse caminho, ao trazer à luz as raízes sociais do aprisionamento e orientar soluções mais humanas, inclusivas e sustentáveis.

REFERÊNCIAS

1. Departamento Penitenciário Nacional (Brasil). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN. Brasília: DE-PEN/MJ; 2023.
2. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Diagnóstico da crise prisional de Pernambuco aponta urgências. Brasília: CNJ; 2019
3. Pernambuco. Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização. Relatório técnico: marcadores sociodemográficos da população privada de liberdade em Pernambuco – 1º semestre de 2025. Recife: Gerência de Assistência à Saúde Prisional; 2025.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
5. Minayo MCS, Ribeiro AP, Souza ER. Violência e saúde: um campo em construção. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016
6. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Empowering Youth Ambassadors Driving Sustainable Change in Brazil. Liaison and Partnership Office in Brazil; maio 2024
7. CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S.; MORAES, R. As faces do racismo estrutural: juventude negra e sistema de justiça criminal no Brasil. IPEA, 2023.
8. Brasil. Ministério da Educação. Plano Nacional de Educação nas Prisões: diretrizes nacionais. Brasília: MEC; 2022.

9. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Relatório Justiça e Educação nas Prisões: panorama nacional. Brasília: CNJ; 2023
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da Violência 2023. Brasília: IPEA; 2023.
11. United Nations. Relatório sobre Justiça Racial na Aplicação da Lei no Brasil. ONU; 2024.
12. BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) – 15º Ciclo: 2º semestre de 2023.
13. Ministério Público do Estado de Pernambuco. Pernambuco tem lotação acima da nacional, avalia comissão do CNMP [Internet]. Recife: MPPE; 2024 maio 23
14. SERES-PE. Metade dos presos não tem condenação: Relatório da Gerência Técnica Jurídico-Penal da Seres-PE. Recife, 2022. Disponível em: levantamento da Seres-PE.

DEZ ANOS DA SAÚDE PRISIONAL EM PERNAMBUCO: POLÍTICA PÚBLICA, GESTÃO E COMPROMISSO COM O CUIDADO

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva
Suelen d'Andrada Cruz
Dayvson Silva dos Santos

Secretaria de saúde de Pernambuco, Diretoria Geral de Atenção
à Saúde Prisional, Recife, Pernambuco

TEMA 3
ATENÇÃO
À SAÚDE
PRISIONAL

INTRODUÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) tem consolidado, ao longo dos últimos anos, um histórico de protagonismo na implementação das políticas de saúde voltadas às pessoas privadas de liberdade (PPL). A partir da adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), o Estado assumiu o desafio de reorganizar os serviços de saúde prisional sob a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo sua integração com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e reforçando o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Esse compromisso se expressa em uma série de estratégias de gestão, qualificação do cuidado e pactuação intersetorial que buscam garantir, mesmo diante de um cenário historicamente marcado por iniquidades, o direito à saúde como um direito humano inalienável. Por sua condição de confinamento e restrição de liberdade, a PPL encontra-se em situação de elevada vulnerabilidade, com acesso limitado a serviços essenciais como saúde, educação e trabalho ^{2,3}, além de precárias condições de habitabilidade, superlotação e ausência de atividades produtivas, cenário que impacta diretamente a saúde física e mental dessa população. ⁴

É, portanto, papel do Estado garantir políticas públicas que promovam a equidade e a justiça social, especialmente junto às populações que se encontram sob sua tutela direta. A saúde no cárcere não pode ser tratada como exceção, mas como parte inseparável do direito universal à saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal (CF)⁵ e pelos marcos legais internacionais de proteção aos direitos humanos.

Este capítulo tem por objetivo registrar e analisar a trajetória da implementação da PNAISP em Pernambuco, no marco de seus 10 anos, refletindo sobre os avanços conquistados, os desafios persistentes e as perspectivas para o futuro. Trata-se de um exercício de memória institucional e de reafirmação de um compromisso ético e político com o cuidado, a equidade em saúde e a dignidade das PPL. Documentar essa história é também contribuir para sua continuidade e qualificação.

A SAÚDE NO CONTEXTO PRISIONAL NO BRASIL

A garantia do direito à saúde para as PPL é uma conquista recente no Brasil. Ainda que a CF de 1988 tenha assegurado a saúde como um direito de todos e um dever do Estado⁵, a inclusão desse segmento da população nesse direito enfrentou obstáculos históricos e estruturais. Observa-se que a partir da década de 1980 o debate sobre a saúde no sistema prisional

começou a ganhar espaço na agenda pública, com três marcos legais e políticos fundamentais nesse processo: a Lei de Execuções Penais (LEP)⁶, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)⁷ e, mais recentemente, a PNAISP.¹

A LEP foi o primeiro instrumento jurídico a prever o acesso à saúde no cárcere. No entanto, suas diretrizes eram restritas, limitando-se à assistência médica, odontológica e farmacêutica, e sob responsabilidade dos órgãos de segurança pública, não da saúde⁶.

Com a promulgação da CF de 1988, o Brasil passou a reconhecer a saúde como um direito universal. Esse princípio permitiu avanços significativos, como a publicação da Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que criou o PNSSP, onde esse buscava viabilizar o acesso das PPL ao SUS, mas enfrentou importantes fragilidades, como subfinanciamento, baixa cobertura e descontinuidade entre gestões.^{8,9}

Entre 2012 e 2013, foi criado um Grupo de Trabalho com gestores, pesquisadores e organizações da sociedade civil para pensar uma nova política de saúde mais estruturada e efetiva para o sistema prisional. O resultado desse esforço foi a criação da PNAISP, instituída pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1, de 2 de janeiro de 2014.¹

A PNAISP representou uma mudança de paradigma. Essa política passou a reconhecer a PPL como parte integrante do SUS, com direito ao cuidado integral em saúde, articulado com os princípios da APS e inserido nas RAS. Com isso, os serviços de saúde dentro das Unidades Prisionais (UP) passaram a ser compreendidos como pontos de atenção da rede, com equipes multiprofissionais e diretrizes próprias.

Outro avanço importante foi o reconhecimento, em 2017, da saúde prisional na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁰, reafirmando a importância da APS como porta de entrada do cuidado às PPL. O Quadro 1 resume os principais marcos legais e políticos da saúde no sistema prisional brasileiro.

Quadro 1. Marcos Legais e Políticos da Saúde no Sistema Prisional no Brasil

Ano	Marco Legal/Político	Descrição e Relevância
1984	Lei de Execuções Penais (LEP) – Lei nº 7.210	Primeira norma a prever assistência à saúde no cárcere. Determina atendimento médico, odontológico e farmacêutico, mas sob responsabilidade da segurança.
1988	Constituição Federal do Brasil	Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseando o acesso universal no SUS, inclusive para pessoas privadas de liberdade.
2003	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) – Portaria Interministerial MS/MJ nº 1.777	Objetiva garantir o acesso da PPL ao SUS. Marco inicial da incorporação do setor saúde nas unidades prisionais. Enfrenta problemas de cobertura e recursos.
2014	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) – Portaria Interministerial MS/MJ nº 1	Integra formalmente a saúde prisional ao SUS, estruturando as equipes de saúde prisional e organizando o cuidado na lógica da APS.
2017	Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Reforça a inclusão da saúde prisional como responsabilidade da APS e destaca a articulação com as RAS.

Fonte: Elaboração Própria

A implantação da PNAISP, embora recente, trouxe visibilidade e obrigatoriedade à atuação do Estado na saúde das PPL. Ainda que desafios persistam, como infraestrutura precária e dificuldade de articulação intersetorial, essa política representa

um marco de inovação do SUS, ao incluir uma população antes invisibilizada e reafirmar o princípio da equidade como eixo estruturante da política pública de saúde⁸.

A TRAJETÓRIA DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAISP EM PERNAMBUCO

Para compreender a realidade do sistema prisional em Pernambuco, é importante explicitar como ele está organizado. O sistema está sob gestão da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP), antiga Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), e atualmente é composto por 24 UP e 48 cadeias públicas. Cada UP possui uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp) onde atuam equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), de composição multiprofissional.

Até 2003, os serviços de saúde no sistema prisional eram responsabilidade exclusiva da antiga SERES, atual SEAP. Com a adesão ao PNSSP em 2004, as ações passaram a ser compartilhadas entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a SERES. À SERES cabia a execução financeira e operacionalização das ações, enquanto a SES atuava no apoio técnico, capacitação, supervisão, planejamento, monitoramento, avaliação e repasse dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde (MS).

Em 2014, Pernambuco aderiu formalmente à PNAISP, estabelecendo um processo de cogestão entre a SES e a SERES na saúde prisional. A adesão ampliou a cobertura das equipes de eAPP, passando de 29% em 2013 para 83% em 2018. No entanto, mesmo com a PNAISP, a SERES ainda respondia pela execução das ações de saúde.

Nesse contexto, a SES, por meio da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde no Sistema Prisional (CEASP), em 2015, definiu estratégias para implementar a PNAISP no Estado, elaborando um projeto de reestruturação da gestão da saúde prisional. Uma das estratégias prioritárias foi o estabelecimento do Apoio Institucional (AI) às eAPP, concebido para promover

a organização do processo de trabalho, melhorar o acesso, a oferta de serviços, a articulação intersetorial e a qualidade do cuidado prestado no âmbito do SUS.

No ano de 2016, a SES incorporou a gestão da Assistência Farmacêutica para a PPL, estabelecendo fluxos para aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, e em 2018 ampliou sua atuação para todas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica, qualificando o processo com a inserção de profissionais farmacêuticos em cada UBSp. O ano de 2019 marcou um avanço significativo, com a SES assumindo a gestão dos profissionais das eAPP. Essa mudança permitiu maior efetividade no reordenamento do modelo de cuidado, fortalecendo a APS no contexto prisional.

Soma-se também no período, o início efetivo da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP) no estado, com objetivo de promover o cuidado especializado às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, através de uma equipe multiprofissional, composta por coordenador, psicólogo, enfermeiro, assistente social, médico psiquiatra e advogado, cujo papel é de conectar o sistema de justiça com o SUS, garantindo acesso e qualidade do tratamento durante todas as fases do processo criminal.

Essa trajetória também reflete o esforço intersecretarial entre a antiga SERES (hoje SEAP) e a SES, articulando gestão, financiamento, capacitação, assistência farmacêutica e cuidado integral, consolidando uma atenção em saúde que respeita as especificidades e necessidades dessa população.

Em 2023, a SES deu um passo decisivo com a criação da Diretoria Geral de Assistência Prisional (DGASP), vinculada à Secretaria Executiva de Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SEVSAP). A DGASP, área técnica da saúde prisional na SES, antes CEASP, passou a coordenar de forma centralizada as ações da PNAISP no estado, fortalecendo a articulação institucional, a integração com a gestão penitenciária e o diálogo

federativo com os Ministérios da Saúde e da Justiça. Sua criação representa o compromisso institucional com a consolidação da atenção à saúde no sistema prisional como política pública estruturante, com foco na equidade. Essa linha do tempo está descrita no Quadro 2.

Quadro 2. Marcos da implementação da PNAISP em Pernambuco.

Ano	Marco	Gestão Responsável
2004	Adesão ao PNSSP – início da cogestão SES e SERES	SES e SERES
2014	Adesão à PNAISP - ampliação das equipes e cobertura	SES e SERES
2015	Reestruturação da equipe de gestão SES com implantação do Apoio Institucional	SES
2018	SES assume a gestão e execução da Assistência Farmacêutica	SES
2019	SES assume a gestão e execução das equipes de Atenção de Atenção Primária Prisional	SES
2019	Implantação da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas (EAP) para pessoas com transtorno mental	SES
2023	Área técnica da saúde prisional na SES configurada como Diretoria Geral de Assistência Prisional	SES

Fonte: Elaboração Própria

Desafios enfrentados e lições aprendidas

A implementação da PNAISP em Pernambuco representou um marco de transformação no cuidado em saúde. No entanto, esse processo não ocorreu de forma linear ou isenta de tensões. A transição de um modelo historicamente pautado na lógica da segurança pública para um modelo centrado nos princípios do SUS exigiu e exige reformas estruturais, mudanças culturais e reconfigurações operacionais profundas, tanto nas instituições quanto nos sujeitos envolvidos na política.^{2,3}

Entre os desafios mais persistentes enfrentados, está a complexidade do diálogo intersetorial entre os setores da saúde e da justiça, que, embora existente e fortalecido em diferentes momentos, ainda se vê atravessado por tensões históricas, diferentes competências e barreiras comunicacionais.^{11,12} Essas dificuldades, por vezes, limitam a consolidação de uma gestão integrada e a efetividade dos pactos necessários à sustentabilidade das ações de saúde no território prisional.

A alta rotatividade de profissionais e a dificuldade na formação específica para o trabalho no sistema prisional também figuram entre os principais obstáculos. O cotidiano das UP impõe exigências singulares, como a necessidade de lidar com o sofrimento psíquico, a violência simbólica e institucional, e a ambiguidade entre o cuidado e o controle.^{4,13}

O cuidado em saúde mental, em particular, representa um desafio de grande complexidade. A prevalência de transtornos psíquicos nas PPL é elevada, mas os dispositivos da RAPS extramuros, em muitos territórios, são escassos, inacessíveis ou com barreiras de acesso para esta população.^{14,10} A ausência ou a falta de implementação das estratégias de desinstitucionalização e de continuidade do cuidado após o cumprimento da pena aprofundam ainda mais as vulnerabilidades dessa população.

Além disso, a lentidão nos fluxos de regulação e no acesso a serviços de média e alta complexidade, como exames especializados

e consultas ambulatoriais, compromete o princípio da integralidade do cuidado. Isso revela a necessidade de fortalecer a integração entre os níveis de atenção, bem como ampliar o reconhecimento da saúde prisional como parte indissociável da rede SUS.^{15,16}

Apesar desses desafios, o processo de implementação da PNAISP também gerou aprendizados potentes. A construção de uma gestão compartilhada entre a SES e a SEAP, baseada no diálogo e na corresponsabilidade, demonstrou ser uma estratégia viável e eficaz. A aposta no AI como ferramenta de condução do processo de trabalho, escuta qualificada e acompanhamento das eAPP mostrou-se fundamental para promover mudanças sustentáveis, fortalecer vínculos e valorizar o protagonismo dos profissionais de saúde no cotidiano das unidades.^{17,18,19}

Uma das lições mais valiosas dessa experiência é a compreensão de que o cuidado em saúde no cárcere exige mais do que estruturas físicas e normativas formais. Ele requer sensibilidade ética, compromisso com os direitos humanos e capacidade de atuação em contextos de alta complexidade. Cuidar, nesse cenário, significa reconhecer as subjetividades, os atravessamentos institucionais e as contradições próprias de um espaço onde o Estado exerce, ao mesmo tempo, o poder de vigiar e a obrigação de garantir direitos.^{20,21}

Caminhos futuros para o fortalecimento da Saúde Prisional em Pernambuco

O futuro da saúde prisional em Pernambuco se delineia a partir da consolidação dos princípios do SUS no contexto do cárcere, especialmente da APS como porta de entrada qualificada, coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.²² As experiências acumuladas ao longo da última década, apontam para a necessidade de aprofundar estratégias de cuidado, qualificação profissional e ampliação do acesso, reconhecendo as especificidades do território prisional.

Um dos desafios prioritários diz respeito à ampliação da cobertura das eAPP, com vistas a contemplar também as cadeias públicas e fortalecer um diálogo efetivo de corresponsabilidade entre os municípios onde essas unidades estão inseridas. Essa expansão precisa estar articulada à garantia de infraestrutura física adequada, com ambientes que favoreçam o vínculo entre profissionais e PPL, além do estabelecimento de processos de trabalho comprometidos com a integralidade do cuidado. É essencial considerar as especificidades do território prisional e os condicionantes de segurança que o atravessam.^{1,12}

Outro ponto essencial é o fortalecimento da educação permanente. Esse campo de atuação demanda competências específicas, que não se restringem ao conhecimento técnico-clínico, mas envolvem habilidades relacionais, compreensão das dinâmicas institucionais do sistema penal e sensibilidade ética diante das múltiplas vulnerabilidades que atravessam a população privada de liberdade.^{2,11} Investir na formação crítica, reflexiva e comprometida com os direitos humanos é condição para a qualificação da atenção ofertada.

A articulação intersetorial, especialmente com a RAPS, figura entre os pilares de um modelo integral de atenção. A demanda por cuidado em saúde mental é crescente, e a lógica manicomial ainda resiste em muitas práticas institucionais. Reforçar os vínculos entre as equipes e os dispositivos de acolhimento extramuros, inclusive no pós-cumprimento de pena, é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e redução da reincidência.^{22,14}

No que se refere ao acesso aos demais níveis de atenção, é necessário aperfeiçoar os fluxos de regulação, garantindo que as PPL possam acessar especialidades, exames e procedimentos de forma equitativa e tempestiva. Isso implica, além de pactuações interinstitucionais, investimento em sistemas de informação, transporte sanitário e agilidade nos trâmites judiciais.¹⁸

Outro eixo estratégico é o fortalecimento da gestão e da governança. A criação da DGASP, em 2023, representa um marco nesse sentido, sinalizando o reconhecimento da saúde prisional como um campo técnico-político com complexidades e exigências próprias. Consolidar a DGASP como instância permanente e estratégica requer autonomia técnica, financiamento estável, produção de indicadores próprios e estrutura de apoio institucional permanente, que garanta sustentabilidade e inovação à política.

Por fim, é imperativo valorizar a escuta dos sujeitos privados de liberdade, das equipes de saúde e dos territórios, reconhecendo que o cuidado não se faz apenas com normas e protocolos, mas com diálogo, compromisso e corresponsabilidade. Cuidar implica produzir encontros, acolher demandas e construir sentidos compartilhados para a vida, mesmo em contextos tão adversos como o do sistema prisional.¹⁸ Avançar na saúde prisional é, portanto, um exercício permanente de reconstrução institucional, ética e política. Pernambuco, ao reconhecer seus desafios e investir em soluções coletivas, reafirma o SUS como campo de disputa por direitos e como espaço de reinvenção da dignidade humana.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A experiência da implementação da PNAISP em Pernambuco, ao longo de uma década, revela um percurso de avanços institucionais, inovações na gestão e enfrentamento de desafios persistentes. Trata-se de uma política que é, ao mesmo tempo, resultado e motor de transformações no campo da saúde pública e dos direitos humanos. Consolidar a saúde prisional como política pública requer um compromisso contínuo com os princípios do SUS, especialmente com a equidade, a integralidade e a participação social.

A inserção da PPL como usuária de direito pleno ao SUS, e não como exceção institucional, é um imperativo ético e legal,

sustentado por marcos normativos nacionais e internacionais. A experiência de Pernambuco mostra que é possível avançar quando há integração entre gestões, escuta das equipes, fortalecimento das redes e apoio institucional comprometido.

Mais do que relatar uma história, este capítulo convida à continuidade da construção coletiva da memória institucional, à produção de evidências e à ampliação dos espaços de formação, pactuação e cuidado em liberdade. No entanto, os desafios seguem pulsando: o subfinanciamento, a rotatividade de profissionais, a precariedade da infraestrutura e os estigmas associados à PPL ainda impõe barreiras significativas. Por isso, é necessário aprofundar e institucionalizar os aprendizados, garantindo sustentabilidade e continuidade às ações. Isso requer mais do que planos e protocolos: exige reconhecimento do campo prisional como parte indissociável da política pública de saúde.

A SES/PE tem demonstrado que a construção de uma política de saúde prisional efetiva não se dá de forma isolada. Ao contrário, ela depende de relações colaborativas entre gestores, trabalhadores, usuários, sistemas de justiça e sociedade civil. Esse esforço coletivo precisa ser preservado, fortalecido e ampliado, com base no princípio da corresponsabilidade e na valorização do trabalho em rede.

Este capítulo, ao registrar parte dessa história, é também um convite à continuidade da construção coletiva da saúde prisional como campo legítimo de cuidado, produção de vida e garantia de direitos. Que os próximos anos sejam marcados por mais escuta, mais cuidado e mais dignidade, em liberdade e dentro dos muros.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Diário Oficial da União. 3 jan 2014.
2. Diuana V, Fortes-Dias CL, Pereira LL, Aguiar RF. Saúde nas

- prisões: representações e práticas sociais. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):S7–S16.
3. Valim GG, Daibem AM, Hossne WS. A saúde de pessoas privadas de liberdade: desafios e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(66):723–734.
 4. Minayo MCS, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do sistema penitenciário do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2031–2040.
 5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*. 5 out 1988 [citado 2025 jul 21]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
 6. Brasil. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*. 13 jul 1984.
 7. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. *Diário Oficial da União*. 10 set 2003.
 8. Filho MA. A saúde nas prisões brasileiras: análise da Política Nacional. *Saúde Debate*. 2016;40(Esp):142–153.
 9. Schultz K, Dias MT, Lima AM. Política de saúde no sistema penitenciário: impasses e desafios. *Physis*. 2017;27(1):65–84.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. (Série E. Legislação em Saúde).
 11. Ventura M, Passos L. Saúde e justiça no sistema prisional: a tensão entre o direito à saúde e a disciplina. In: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Saúde nos espaços de privação de liberdade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017. p. 45–61.
 12. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Saúde nos espaços de privação de liberdade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
 13. Baptista MV. Saúde mental nas prisões brasileiras: desafios para a RAPS e os direitos humanos. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2020;14(4):27–45.
 14. Vasconcelos EM, Rangel ML, Silva AR. Atenção psicossocial às pessoas privadas de liberdade: desafios e possibilidades na articulação com a RAPS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(6):2145–2154.
 15. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
 16. Coelho TS, Mello GA, Barbosa EA, Oliveira ACG, Silva LB. Acesso à atenção especializada por pessoas privadas de liberdade: desafios para o SUS. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:77.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023 – Ministério da Saúde: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde
18. Ceccim RB, Merhy EE. Apoio institucional e gestão colegiada: potência para uma política democrática de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(Suppl 1):73–83.
19. Campos GWS. Apoio Paideia e redes colaborativas. *Saúde Soc*. 2000;9(1):39–55.
20. Agamben G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
21. Bourdieu P. *Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989–1992)*. São Paulo: Companhia das Letras; 1998.
22. Amarante, Paulo (org.). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GRUPO DE TRABALHO DE FISCALIZAÇÃO INTEGRADA (ÉTICA E SANITÁRIA) DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL PÚBLICOS E PRIVADOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Lucas Rafael Borges Santos¹

Mariana Alves Lemos¹

Maria Clara Oliveira de Arruda¹

Laís de Sá Menezes²

Karla Freire Baeta³

¹Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco

³Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia

TEMA 2
ATENÇÃO
À SAÚDE
PRISIONAL

INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro atual, a Vigilância à Saúde configura-se como um componente estruturante de grande relevância para a organização e gestão das práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), ao fornecer métodos, tecnologias e conhecimentos voltados às necessidades sanitárias de territórios populacionais específicos. Estruturada nos pilares do território, da participação popular e da intersetorialidade, a Vigilância à Saúde incorpora o conceito de processo de trabalho em saúde, sendo compreendida

Palavras-chave: Fiscalização Sanitária; Ética odontológica; Legislação de Saúde.

sob três dimensões: como análise e monitoramento situacional; como integração entre vigilâncias epidemiológica e sanitária; e como um elemento organizador das práticas sanitárias a partir da reconfiguração tecnológica do trabalho.¹⁻⁵

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um espaço privilegiado para as práticas de vigilância à saúde e à saúde bucal, sendo parte fundamental de sua estrutura. Como porta de entrada do usuário ao sistema, a APS concentra informações essenciais para a execução da vigilância, tornando sua integração uma condição imprescindível para a consolidação da integralidade da atenção e para a efetividade das ações em saúde. Essa integração permite o desenvolvimento de processos de trabalho coerentes com a realidade local, que respeitem as especificidades dos setores envolvidos e favoreçam o compartilhamento de tecnologias.⁵⁻⁷

Com a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que priorizam a vigilância e a promoção da saúde, a APS assume o papel de coordenadora do cuidado. Essa abordagem exige da saúde pública o fortalecimento de programas que envolvam redes de parceiros, o monitoramento oportuno dos perfis epidemiológicos, intervenções em fatores de risco e comportamentos, adoção de estratégias preventivas baseadas em evidências e a avaliação sistemática das ações e serviços, com suporte de sistemas de apoio à decisão.^{7,8}

No SUS, essas responsabilidades são compartilhadas entre os entes federal, estadual e municipal, cabendo à vigilância à saúde o papel de elemento estruturante da gestão. Entretanto, persistem desafios relacionados à gestão descentralizada, ao financiamento estável e equitativo, à reestruturação dos sistemas de informação, à institucionalização do monitoramento e avaliação periódicos, ao fortalecimento das competências em promoção da saúde, à vigilância epidemiológica de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, à vigilância sanitária e ambiental, bem como ao monitoramento das condições de

saúde, considerando os determinantes sociais e os fatores de risco e proteção, inclusive para a saúde bucal.^{1,6-8}

No âmbito da assistência odontológica, a Vigilância Sanitária exerce papel central na garantia da qualidade dos serviços e produtos ofertados à população, por meio de ações de monitoramento, fiscalização e controle sanitário. Paralelamente, os Conselhos de Odontologia — instituídos pela Lei nº 4.324/1964 — têm a atribuição legal de fiscalizar o exercício profissional, em consonância com os órgãos sanitários, zelando pela ética na odontologia e pelo prestígio da profissão e de seus profissionais legalmente habilitados.⁶⁻¹⁰

O sistema de conselhos dispõe de procedimentos fiscalizatórios regulamentados, especialmente no âmbito dos Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), que utilizam manuais específicos para assegurar uniformidade nas ações, promover o cumprimento da legislação e coibir o exercício ilegal ou irregular da profissão.^{10,11}

Buscando harmonizar os aspectos sanitários e éticos das fiscalizações em saúde bucal, a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), a Coordenação Estadual de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e o Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco (CRO-PE) uniram esforços para desenvolver um manual instrutivo de fiscalização conjunta — ética e sanitária — aplicável a serviços públicos e privados. A proposta se baseia em evidências científicas, com o objetivo de garantir ambientes de trabalho seguros e práticas odontológicas justas e responsáveis.

Nesse contexto, foi publicada a Portaria SES/PE nº 160, de 23 de fevereiro de 2024, que instituiu um grupo de trabalho voltado à elaboração de um modelo de instrumento de fiscalização sanitária para serviços de saúde bucal. A proposta visa assegurar a segurança sanitária de produtos e serviços sujeitos à vigilância, promover a padronização de condutas e sistematizar as informações necessárias para que os serviços

e profissionais se regularizem e adotem as melhores práticas éticas e sanitárias.¹²

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A criação do grupo de trabalho respondeu à necessidade de regulamentações sanitárias mais específicas para a odontologia, uma vez que, no cenário federal, predominam normas transversais, aplicáveis genericamente a todos os serviços de saúde. Essa lacuna normativa dificulta o gerenciamento adequado dos riscos sanitários e gera incertezas tanto para os profissionais da vigilância quanto para os da assistência, aumentando a margem de discricionariedade e promovendo divergências na execução das atividades fiscalizatórias.¹²

Objetivos do Grupo de Trabalho:

- I - Promover a integração e colaboração entre a APEVISA, o CRO-PE e a Coordenação Estadual de Saúde Bucal, com o objetivo de fortalecer o controle da qualidade da assistência odontológica;
- II - Discutir e desenvolver diretrizes e normas claras e objetivas para a prática odontológica, assegurando que os procedimentos realizados estejam em conformidade com os preceitos éticos e as normas sanitárias vigentes;
- III - Discutir a regulamentação de temas específicos para diferentes modalidades de atendimento odontológico, incluindo serviços domiciliares, de forma a assegurar que todas as práticas sigam as melhores normas sanitárias e éticas.

A primeira reunião do Grupo de trabalho contou com a Diretora Geral de Atenção Primária, da Coordenadora Estadual de Saúde Bucal, da Diretora Geral da Agência Pernambucana de vigilância sanitária – APEVISA, e de representantes do Conselho Regional de Odontologia, ocorrendo antes mesmo da publicação da portaria pela Secretaria De saúde do Estado.

Assim que o grupo foi institucionalizado, uma das primeiras ações adotadas foi a Criação de um grupo, em rede social, para otimizar a comunicação, além da criação de uma Pasta compartilhada entre os integrantes do GT em aplicativo na nuvem (drive), para facilitar o acesso e a colaboração entre os membros do GT.

Em cada reunião, é solicitado à equipe de Telessaúde da SES/PE a criação de um Link para a sala virtual, a fim de possibilitar a participação da fiscal sanitária Olívia, que participa virtualmente de Petrolina.

A metodologia escolhida para montagem do arcabouço e elaboração textual do Manual de fiscalização está descrita abaixo.

1º passo: Abordagem inicial dos tópicos que se tornarão capítulos (ex: biossegurança, Odontologia domiciliar, etc).

2º passo: Buscar resoluções (RDCs) da ANVISA que versem sobre os temas, a fim de dar subsídio básico, assim como pesquisar em base de dados informações recentes e baseadas em evidências para compor os capítulos.

3º passo: Construção de capítulos preliminares.

4º passo: Discussão da construção preliminar entre os integrantes do GT, momento este em que os integrantes do GT realizam observações, considerações e aprimoramentos no Capítulo.

Para construção e discussão de alguns temas, torna-se necessário a presença de convidados especializados na temática. Um exemplo disso foi a discussão sobre o tema de fiscalização ética e sanitária da odontologia domiciliar, em que houve a necessidade de solicitarmos a presença de uma representante da câmara técnica de Odontologia Domiciliar do CRO-PE.

Produtos Desenvolvidos:

Nota Técnica Raio-X

O Ministério da Saúde (MS) por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) propôs a abertura do Programa Estratégico Saúde em Família, por meio do Componente Saúde Bucal – Brasil Sorridente, para aquisição de aparelho de Raio X – Panorâmico, visando qualificar os serviços de saúde bucal, segundo a NOTA TÉCNICA Nº 42/2023-CGSB/DESCO/SAPS/MS. Essa iniciativa foi fundamentada na necessidade e Importância de apoiar os serviços de diagnóstico na atenção básica e especializada, especialmente no atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos usuários nos Serviços de saúde bucal.

O objetivo é assegurar a integralidade completa dos cuidados, incluindo a oferta de Exames complementares, como as tomadas radiográficas. Para adquirir este equipamento, os municípios precisaram manifestar interesse, e com base nessa informação, a Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB) disponibilizou o sistema do INVESTSUS para o Cadastramento das propostas. Os municípios aprovados neste processo receberam recursos Financeiros federais destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS Nº 2.418, de 18 de dezembro de 2023, foram 39 os municípios do estado de Pernambuco contemplados, espalhados pela maior parte das Regiões de saúde do Estado.¹³

Mediante esta iniciativa do Governo Federal, o grupo de trabalho identificou a necessidade de construção de uma Nota Técnica informativa e instrutiva com orientações e recomendações sobre a implantação e implementação do Raio X Panorâmico nos estabelecimentos de saúde dos municípios do estado de Pernambuco.

Nesse sentido, em conformidade com as diretrizes da AN-VISA, RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (RDC)

nº 611, de 9 de março de 2022, RDC nº 50, de 21 de Fevereiro de 2022, Instrução Normativa (IN) nº 94, de 21 de fevereiro de 2002, juntamente com as melhores práticas da literatura especializada, a Coordenação Estadual de Saúde Bucal (CSB/PE), em parceria com o Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco (CRO/PE) delineou as normas mínimas para viabilizar o funcionamento adequado dos Serviços/estabelecimentos que operam com Raio X Panorâmico, orientando os municípios na implementação e operação deste equipamento na Rede de Atenção à Saúde Bucal de Pernambuco. ¹⁴⁻¹⁶

O documento abrange características dos equipamentos, procedimentos, requisitos ambientais, diretrizes para os profissionais envolvidos, entre outros aspectos essenciais para assegurar o adequado funcionamento do serviço.

Nota Técnica Lrpds

Além da nota sobre raio-x, o grupo de trabalho identificou a necessidade da compreensão do processo de credenciamento e contratualização dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs) pelos municípios do Estado.

Buscando orientar os municípios a fim de qualificar a prática de credenciamento, assim como regularização ética junto ao Conselho Regional de Odontologia e regularização sanitária por meio de boas práticas, o grupo de trabalho elaborou e publicou a nota técnica conjunta nº 01/2024.

O documento aborda o fluxo de credenciamento do serviço junto ao Ministério da Saúde, como visualizar os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o Custeio dos LRPD, requisitos para contratação dos LRPDs nos municípios, cadastro do Serviço e profissionais no SCNES, a inscrição dos técnicos em prótese dentária junto ao Conselho Regional de Odontologia, registro dos procedimentos, o fluxo de trabalho convencional com produção laboratorial (prática de desinfec-

ção, desinfetantes), e ainda foi disponibilizado um Modelo de ficha para envio de materiais do estabelecimento de saúde para o Laboratório Regional de Prótese Dentária.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A quase ausência de normas sanitárias destinadas aos serviços odontológicos que se perpetuam ao longo dos anos tem como consequência a execução de serviços de saúde bucal sem um padrão de normatização que pode vir a pôr em risco a segurança dos pacientes. A discussão colegiada em grupo de trabalho por entes como os citados no relato contribui para uma discussão ampla sobre diversas temáticas, que não fica apenas no campo das ideias, pois permite a elaboração de produtos qualificados, tal qual as notas técnicas, que são orientações, com base em evidência científica de como gerenciar e executar os serviços de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária e Radiologia Odontológica da melhor forma, contribuindo, assim, com a saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 12 set. 2025.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.052, de 8 de maio de 2007. Dispõe sobre diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1052_08_05_2007.html. Acesso em: 12 set. 2025.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível

- em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_trabalhador_trabalhadora.pdf. Acesso em: 12 set. 2025.
4. Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Conheça um pouco mais sobre a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: CES-RJ; 2022. Disponível em: <https://www.conselhodesaude.rj.gov.br/index.php/noticias/584-conheca-um-pouco-mais-sobre-a-vigilancia-em-saude.html>. Acesso em: 12 set. 2025.
 5. Fiocruz. Unidade de Aprendizagem 7 – Vigilâncias em Saúde. Curso de Especialização em Gestão de Saúde, Módulo 1. Rio de Janeiro: Fiocruz/UNA-SUS; 2020. Disponível em: <https://25anos.ead.fiocruz.br/materiaisead/especializacao/gestao-em-saude/percurso/gs-uab-percurso/ua7/ua7-modulo1.html>. Acesso em: 12 set. 2025.
 6. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Integralidade: uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; 2006. Disponível em: <https://qa1.scielo.br/j/csc/a/psDxJQ9cTWHfqDCxVQDW7hR/>. Acesso em: 12 set. 2025.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Articulação das Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>. Acesso em: 12 set. 2025.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz inédita integra vigilância e atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 28 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saudebrasil/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/diretriz-inedita-integra-vigilancia-e-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 12 set. 2025.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) irá fortalecer atendimento integrado no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/rede-de-atencao-a-saude-bucal-ira-fortalecer-atendimento-integrado-no-sus>. Acesso em: 12 set. 2025.
 10. Brasil. Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 15 abr. 1964. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4324-14-abril-1964-376610-norma-pl.html>. Acesso em: 12 set. 2025.
 11. Brasil. Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964. Art. 11. Aos Conselhos Regionais compete deliberar sobre inscrição e cancelamento de profissionais, fiscalizar o exercício profissional, em harmonia com

- os órgãos sanitários competentes; deliberar sobre ética profissional, entre outras atribuições. Brasília, DF; 1964. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/12133828/artigo-11-da-lei-n-4324-de-14-de-abril-de-1964>. Acesso em: 12 set. 2025.
12. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 160, de 24 de fevereiro de 2024. Institui Grupo de Trabalho para discussão e proposição de modelo de Instrumento de Fiscalização Sanitária em serviços de saúde públicos e privados no Estado. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife, 24 fev. 2024. Disponível em: <https://diariooficial.cepe.com.br/diariooficialweb/#/home?diario=MQ%-3D%3D>. Acesso em: 12 set. 2025.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.418, de 18 de dezembro de 2023. Autoriza o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2023.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 611, de 9 de março de 2022. Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 16 mar. 2022.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 22 fev. 2002.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Instrução Normativa (IN) nº 94, de 21 de fevereiro de 2002. [Título da norma]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 fev. 2002.

FLORESER NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (RAPS): A TERAPIA FLO- RAL DE BACH TRANSFORMANDOPRO- FISSIONAIS NA VI REGIÃO DE SAÚDE

Dayvison Hebert Araújo do Amaral

Raquel Neposiano da Silva

Ana Cristiane Carvalho Santos, Virgínia Maria Holanda de

Moura, Karina Catanho de Oliveira

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
ATENÇÃO
À SAÚDE
PRISIONAL

INTRODUÇÃO

O adoecimento dos profissionais da saúde é um tema que vem se discutindo nas últimas décadas e os estudos mostram que os profissionais dessa área enfrentam cargas elevadas de pressão que estão em estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença¹.

O ambiente de trabalho do profissional de saúde na realidade brasileira configura-se como um dos fatores determinantes para o seu adoecimento somando-se, à algumas vivências de situações de rotina, como a insuficiência

Palavras-chave: Florais de Bach; Rede de Atenção Psicossocial; Práticas Integrativas e Complementares; Educação em saúde.

de profissionais, materiais, equipamentos, estruturas físicas inadequadas, dentre outras. O que torna a efetivação do trabalho uma condição que depende exclusivamente da competência e do compromisso do trabalhador; mas também das condições de trabalho, da interação com o usuário e da adesão, acesso e reação deste aos procedimentos e orientações².

Em relação aos trabalhadores da RAPS, percebe-se o enfrentamento de desafios, impasses e conquistas advindas da construção do modelo de atenção psicossocial. Tal dimensão e tensão cotidiana colocam o profissional no lugar do cuidador que precisa ser cuidado. A consciência do profissional da RAPS sobre a necessidade de se cuidar surge quando começam a aparecer prejuízos à sua saúde³.

O Ministério da Saúde e a Fiocruz divulgaram dados no Brasil que demonstram um contingente de mais de 2,1 milhões de trabalhadores atuando no setor público, nos diversos componentes das redes de atenção à saúde, representando 74% da força de trabalho do SUS. Contudo a análise dos processos e relações vivenciados no trabalho tem revelado, em diversos estudos, um cenário de profundas desigualdades, que exigem a formulação de ações, programas e políticas públicas.

Como uma possibilidade de intervenção à saúde desses profissionais, a terapia floral faz parte de um campo emergente de práticas vibracionais, sutis e não invasivas. As essências florais são produzidas a partir de flores de plantas silvestres, flores de árvores do campo e água de uma nascente. Sua ação consiste em elevar as vibrações do indivíduo e abrir os canais para a recepção do Eu Superior, harmonizando o corpo etéreo, a mente e o emocional^{4,8}.

Os sistemas de terapias florais tiveram Edward Bach (1886 – 1936) como precursor que pesquisou essências de flores silvestres para harmonizar o indivíduo, com base nas emoções reprimidas que desencadeiam o sofrimento levando ao processo de adoecimento. Reconhecida e recomendada pela OMS desde

1974, foi incluída no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a partir da Portaria de GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006⁹.

Bach afirma que o profissional da saúde deve estudar a natureza humana a fim de poder auxiliar os pacientes a se conhecerem e mostrar-lhes como harmonizar suas personalidades com sua alma; além disso, deve também administrar-lhes remédios benéficos que elevam as vibrações da sua personalidade, e torná-la uma moradia mais aceitável para alma, desenvolvendo assim, a virtude necessária para trazer a harmonia entre o eu espiritual e o eu interior, harmonia esta que resulta em perfeita saúde¹⁰.

Esse relato tem o objetivo de estimular a promoção do cuidado de trabalhadores e usuários da RAPS, a partir da formação de uma prática interdisciplinar de cuidado: a terapia floral de Bach, descrevendo a elaboração de um projeto pioneiro em Pernambuco, que propõe a formação em terapia floral de Bach para profissionais de nível superior que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Originado intersetorialmente na VI Região de Saúde de Pernambuco (GERES), em Arcoverde, Sertão do Moxotó, através da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC); em parceria com a Gerência de Atenção à Saúde mental (GASAM); Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) da VI GERES; a Escola de Gestão em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE); o Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (LAPICS/CAV/UFPE/SIS/CCS/UFPE), da Especialização em PICS do CAV/UFPE e a Healing do Brasil.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O projeto de formação em terapia floral de Bach para profissionais de nível superior atuantes na RAPS da VI região

de saúde é uma proposta de ferramenta no enfrentamento do estresse laboral dos profissionais que atuam na RAPS, que surgiu como proposta, a partir do monitoramento de gestão inter-setorial na VI GERES, com a PEPIC e a GASAM mental, onde em tela estava o profissional que atua na RAPS.

Concomitante a este momento, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), aderiu ao Projeto Saúde e Bem Viver - Cuidar de Si e do Território, coordenado pelo Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS), através da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS/Fiocruz-RJ) e financiado pelo Ministério da Saúde (MS).

A VI GERES, no Sertão do Moxotó, é composta por 13 municípios, apresenta um perfil sócio populacional permeado de características importantes como ser o maior território de população indígena, população quilombola, dentre outros. A RAPS é composta por CAPS, Residência Terapêutica e Leitos Integrais na Rede Hospitalar, porém precisa fortalecer estratégias para o cuidado integral à saúde mental dos trabalhadores da rede, considerando os desafios enfrentados no contexto assistencial. A sobrecarga e os riscos psicossociais vivenciados por esses profissionais reforçam a importância de intervenções que promovam bem-estar e redução do impacto do estresse ocupacional.

A terapia floral é uma prática integrativa e complementar, que fortalece e contribui transversalmente com várias políticas de saúde, dentre elas a saúde mental e a do trabalhador. Na medida em que visa a promoção do bem-estar e equilíbrio das emoções, partindo do princípio que a mente pode contribuir para desequilíbrios que levam ao adoecimento físico e mental.

O projeto para formação dos profissionais de nível superior em terapia floral de Bach, na VI GERES, será pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIR), está previsto para iniciar no segundo semestre de 2025, de forma híbrida perfazendo

120h, divididas em 60h remotas; 20h presenciais (aula prática) e 40h de acompanhamento, através de estudos de casos, finalizando no primeiro semestre de 2026. A Condução pedagógica e certificação será de responsabilidade da ESPPE e do CAV/UFPE; a infraestrutura, kit multimídia, os materiais da aula prática, hospedagem, alimentação e deslocamento estarão na incumbência da VI GERES e da SES.

Tendo em vista a viabilidade da proposta, implementa-se o exercício do autocuidado do profissional da RAPS e ampliação do cuidado com o usuário, a partir da prescrição terapêutica no território de abrangência do profissional e o posterior registro de evidências sustentáveis que venham contribuir no processo de implantação da terapia floral de Bach na RAPS e outras Redes de Atenção à Saúde (RAS).

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Estima-se que ao realizar de forma pioneira no estado, a formação em terapia floral de Bach para profissionais de nível superior atuantes na RAPS da VI GERES estimule a interação ensino, serviço e comunidade no território; integrando a terapia Floral de Bach, como recurso ampliado do cuidado e autocuidado em saúde nas ações de promoção e prevenção, tendo como referencial a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) e fortalecendo as Políticas de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) e de Atenção à Saúde Mental (PASM) em Pernambuco.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho MVB. O cuidar de enfermagem hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza. Rev Téc Cient Enferm [Internet]. 2003 [citado 2025 fev 13];1(6):435-42. Disponível em: http://www.fauf.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ClaOegJjW8lyxQ_2018-7-26-10-46-43.pdf
2. Rosado MVI, Russo AHG, Maia CME. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos

- de urgência e emergência. Cienc Saude Colet [Internet]. 2020 [citado 2025 fev 11];25(10). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MYVMYWVRjmryrnCfDck93PK/abstract/?lang=pt>
3. Mercom LN, Constantinidis TC. Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. Contextos Clínic [Internet]. 2020 ago [citado 2025 mar 19];13(2):666-95. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000200015
 4. Salles LF, Silva MJPE. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):238-42
 5. Barnard J. Remédios Florais de Bach: forma e função. São Paulo: Healing; 2012
 6. Barnard J. Os florais de Bach e os padrões inscritos na água. São Paulo: Blossom; 2017
 7. Scheffer M. Terapia floral do Dr. Bach: teoria e prática. São Paulo: Pensamento; 2013
 8. Bach E. Cura-te a ti mesmo. São Paulo: Blossom; 2018
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [citado 2025 fev 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html
 10. Barnard J. Coletânea de escritos de Edward Bach. São Paulo: Blossom; 2013

OFERTA DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NOS MUNICÍPIOS DA I REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2022-2025

Manases José Bernardo de Lima
Maria de Fátima Pinto Ribeiro
Leandra Cristina Barbosa Saldanha
Solange da Silva Mendonça
Vinícios Serafim Oliveira

Secretaria de Saúde de Pernambuco, I Gerência Regional de Saúde, Recife, Pernambuco

TEMA 2
ATENÇÃO
À SAÚDE
PRISIONAL

INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos mentais e de comportamento definidos pela CID 11 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), o tabagismo figura dentre os que causam dependência química, especificamente à nicotina, identificada em produtos derivados do tabaco - CID 11 - 6C4A.2 - dependência de nicotina ¹. O diagnóstico é clínico, e deve ser feito pelo profissional de saúde, a partir do autorrelato do paciente. O Tabagismo é compreendido ainda como a principal causa de câncer, dentre eles: leucemia mieloide *aguda*; *câncer de bexiga*;

Palavras Chaves: Tabagismo, Tratamento do Tabagismo, Prevenção do Câncer, Atenção à Saúde, Região de Saúde.

câncer de pâncreas; câncer de fígado; câncer do colo do útero; câncer de esôfago; câncer de rim e ureter; câncer de laringe (cordas vocais); câncer na cavidade oral (boca); câncer de faringe (pescoço); câncer de estômago; câncer de cólon e reto; câncer de traqueia, brônquios e pulmão ². Além de estar associado e contribuir para as doenças cardiovasculares e pulmonares, dentre outros ³.

Compreende-se o tabagismo como a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo ⁴. De acordo com dados do Atlas do Tabaco, em sua 7ª edição, apesar da redução em sua prevalência, saindo de 22,7% em 2017 para 17% em 2021, o uso do tabaco ainda atinge 1,3 bilhão de usuários no mundo, com a maior concentração na Ásia e com maior crescimento nos países e regiões na África e no Mediterrâneo Oriental ⁵. No Brasil ainda existiam cerca de 20 milhões de fumantes adultos ⁶. A epidemia de tabagismo causa 174 mil mortes por ano, e os custos diretos e indiretos somaram R\$ 153,5 bilhões, segundo dados de 2019 ⁷.

Em Pernambuco, na década de 1990, foi instituído o “Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer” (PNCT/PE) que visa controlar o tabagismo e outros fatores de risco de câncer no Estado. O programa tem como ações de tratamento: a avaliação clínica e a abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e terapia medicamentosa, quando se fizer necessário. Após adesão dos municípios ao PNCT foi identificada diminuição considerável de pessoas que fumavam, observada série histórica de dez anos (2006 a 2016) do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). A cidade de Recife apresentou uma queda de 38,1% no percentual de fumantes neste período ⁸. Já em abril de 2013, com a publicação da PORTARIA Nº 571, DE 5 DE ABRIL DE 2013, que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde dos

acometidos por doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a recomendação de que a atenção aos tabagistas passasse a ser realizada prioritariamente nos serviços de Atenção Básica à Saúde ⁹.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) afirma que a epidemia de tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou. O tabagismo é responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto mais de 1,2 milhão de mortes são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. Como se verifica, o número de fumantes ainda é enorme no mundo e metade morre devido ao hábito de fumar ¹⁰. Os custos com assistência médica e perda da produtividade oriundas da mortalidade e ocorrência de doenças prematuras somam anualmente cerca de US\$ 2 trilhões de dólares ⁵.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirma que o Brasil gasta R\$ 153 bilhões todos os anos com doença relacionadas ao tabagismo. De acordo com a matéria publicada *“Pela primeira vez desde 2007, tivemos um ponto ascendente na curva. Isso nunca foi visto”*. É urgente a necessidade de intervir mais duramente sobre as ações que alcançaram êxito no controle da doença, especialmente as que se comunicam com os jovens. Estudos realizados na Itália e nos Estados Unidos da América indicaram aumento da prevalência de tabagismo na população durante as recessões econômicas que ocorreram nestes países, atribuindo ao suposto efeito de redução do estresse ocasionado pelos problemas financeiros e pelo desemprego. E, ainda nesse artigo, foi estudado o oposto caso dos que cessaram o fumo por falta de condições financeiras ¹⁰.

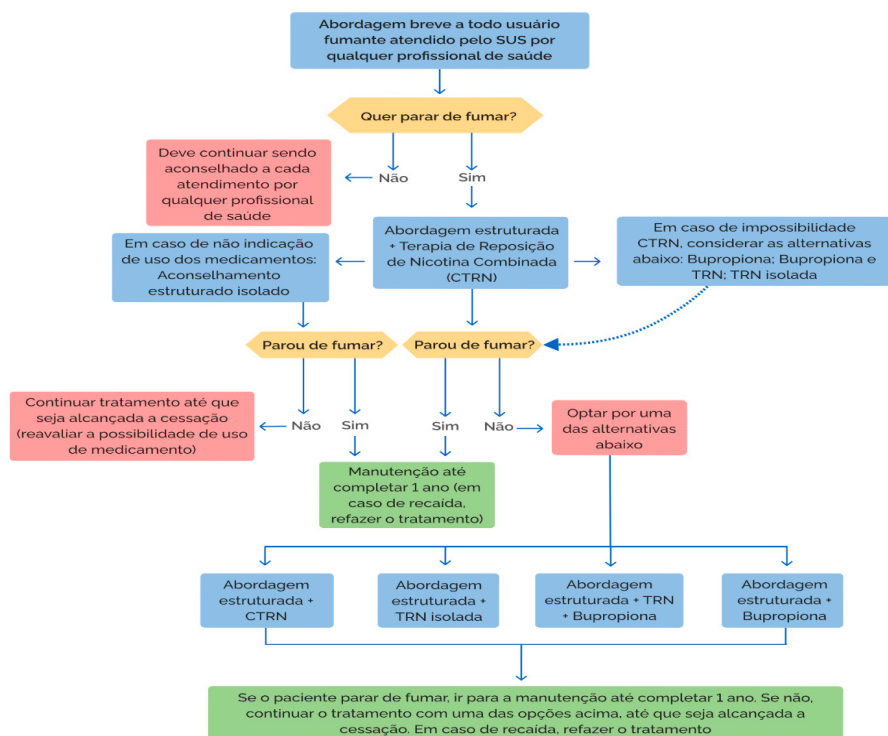
Os normativos e orientações para a oferta do tratamento do tabagismo no SUS estão definidos pela PORTARIA Nº 571/2013. Esta atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa taba-

gista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC) do SUS e dá outras providências.

Apesar de se tratar de um normativo legal, este documento possibilita estabelecer direcionamentos para o processo de atenção à saúde no tratamento ao tabagismo. Ficando o cuidado no tratamento estabelecido pela necessidade de identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção. Estabelece ainda que deve haver “*apoio terapêutico; articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde... na adoção de modos de vida saudáveis; estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado..., de maneira a garantir sua autonomia e a responsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e a formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo.*” Sendo, o objetivo deste relato de experiência é demonstrar como se dá a oferta de tratamento ao tabagismo nos municípios que compõem a I GERES e apresentar seus resultados nos últimos anos, em Pernambuco.

No que se refere às diretrizes para oferta do tratamento do tabagismo no SUS, a PORTARIA Nº 571/2013 define que o “*tratamento do tabagismo apresenta bom custo-efetividade nos cuidados em saúde, principalmente relacionado às doenças crônicas e suas intervenções preventivas*”⁹. Inclui ações individuais ou em grupo que vão desde a prevenção, avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, e, quando necessário, terapia medicamentosa, observando sempre as diretrizes clínicas disponibilizadas pelo MS e/ou definidas localmente.

Figura 1. Planejamento Terapêutico e Linha do Cuidado no Tratamento do Tabagismo – MS / INCA



Fonte: Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer (INCA)

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Estado de Pernambuco conta com uma população total estimada em 9.054.931 habitantes. Objetivando facilitar o planejamento e a oferta das ações e serviços de saúde, a organização da estrutura territorial no Estado de Pernambuco segue uma lógica hierárquica. No primeiro nível de estrutura organizacional o estado se divide em quatro Macrorregiões de Saúde (MRS), sendo: 1 – Metropolitana, com sede em Recife; 2 – Agreste, com sede em Caruarua; 3 – Sertão, com Sede em Serra Talhada; e a 4 – Vale do São Francisco e Araripina, com

sede em Petrolina ⁸. Cada macrorregião reúne várias Regiões de Saúde (RS), e está responsável por concentrar os serviços de média e alta complexidade, oferecendo suporte quando da insuficiência da capacidade resolutiva de um único município ou região ¹².

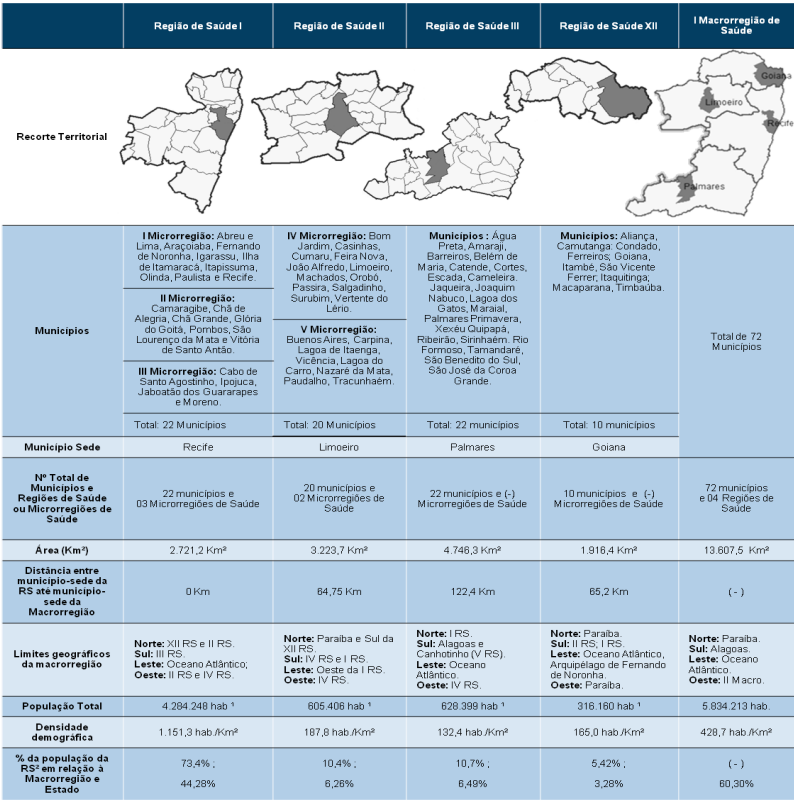
Figura 2. Localização da I Macrorregião de Saúde no Mapa do Estado de Pernambuco, 2025.



Fonte: Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE.

A I Macrorregião de Saúde se destaca por sua importância estratégica e abrangência. Formada por 72 municípios, incluindo o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Essa Macrorregião é composta pelas Regiões de Saúde I, II, III e XII. O número de habitantes da I MRS é de 5.332.183 e representa 58,9% da população estadual, segundo os dados mais recentes disponíveis. Esta macrorregião tem Recife como sua sede administrativa e principal polo de referência, abrigando uma *rede robusta de hospitais, maternidades, centros de especialidades e unidades de diagnóstico* (9). E cerca de 80,5% (4.495.281 habitantes) são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020-2023 ¹³.

Figura 3. Caracterização da I Macrorregião de Saúde: divisão político administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e população (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023.



Fonte: Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE.

O segundo nível de estrutura organizacional é composto pelas Regiões de Saúde, sendo 12 RS, quais sejam: I – Recife; II – Limoeiro; III – Palmares; IV – Caruaru; V – Araripina; VI – Arcoverde; VII– Salgueiro; VIII –Pretolina; IX –Ouricuri; X – Afogados da Ingazeira; XI – Serra Talhada XII – Goiana).Esta estratégia de organização busca incentiva a integração entre município, com vistas à organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e integração entre os serviços de saúde e a integralidade da atenção à saúde. Cada RS se caracteriza pelo agrupamento de municípios com proximidade territorial, compartilhando dinâmica de vida e características culturais, sociais e econômicas semelhantes, *além de estarem conectados por estradas, transporte público e outros meios de comunicação* ¹³.

Figura 4. Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2025.

Figura 5. Microrregiões de Saúde I Regional de Saúde: Pernambuco - 2025.

1ª REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO



Fonte: Mapa de Saúde da I Região de Saúde de Pernambuco - 202

A I GERES do Estado de Pernambuco é composta por 19 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha (aqui compreendido como município). Esta região abrange uma população estimada de 4.284.238 habitantes (valor maior que o apresentado no Quadro 1 por se tratar de estimativa do IBGE para 2025), o que corresponde a 44,3% da população estadual. Os municípios estão distribuídos em microrregiões de saúde. A

sede administrativa da região está localizada em Recife, conforme Figura 4 ¹³. Na região estão os principais pólos industriais de transformação do Estado (Ipojuca e Cabo de Santo Agostinho).

A região da I GERES compreende uma área geográfica que engloba 19 municípios (Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão), além do Distrito Estadual de Fernando de Noronha. Os municípios mais populosos da região incluem Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda ¹³.

Essa região ocupa uma área territorial de 3.721,3 km² e é caracterizada por ter municípios com diferentes distâncias em relação à capital. Enquanto Olinda e Camaragibe estão localizados a apenas 7 km e 14 km de Recife, menor distância da capital, respectivamente, Fernando de Noronha está a 600 km de distância.

Observa-se contraste demográfico considerável nesta região. De um lado estão Recife e Olinda que apresentam população quase que exclusivamente urbana. De outro, está o município de Pombos com população mais dispersa e predominantemente rural. Nota-se na região que quanto mais próximo da capital maior o percentual de população urbana do município ¹³.

De acordo com a análise realizada no Mapa da I Macrorregião de Saúde ¹³, a I Região de Saúde se destaca pela concentração econômica e demográfica com relação ao restante do estado. *Os municípios que compõem essa Região concentram mais de 65% do PIB e 44,44% da população de Pernambuco* ¹². Também é importante destacar a importância desta região nos processos formativo e de produção de ciência e tecnologia para o Estado e no país. Entre eles a produção de polo tecnológico e dos polos de saúde. Concentram-se nesta região as principais universidades e centros de pesquisa. As atividades econômicas mais prevalentes dessa região são os serviços e a indústria.

Quadro 1. Municípios da I Região de Saúde, agrupados por microrregião de saúde e população. Pernambuco, 2025.

MUNICÍPIO/ MICRORREGIÃO	HOMENS	MULHERES	TOTAL
MICRORREGIÃO I.I	1.144.520	1.324.900	2.469.420
Abreu e Lima	46.954	51.508	98.462
Araçoiaba	9.322	9.921	19.243
Fernando de Noronha	1.651	1.516	3.167
Igarassu	54.838	60.358	115.196
Ilha de Itamaracá	13.404	11.136	24.540
Itapissuma	15.257	12.492	27.749
Olinda	160.683	189.293	349.976
Paulista	158.875	183.292	342.167
Recife	683.536	805.384	1.488.920
MICRORREGIÃO I.II	230.066	253.459	483.525
Camagibe	69.441	78.330	147.771
Chã de Alegria	6.301	6.683	12.984
Chã Grande	10.155	10.391	20.546
Glória de Goitá	14.311	15.036	29.347
Pombos	13.423	14.129	27.552
São Lourenço da Mata	53.035	58.210	111.249
Vitória de Santo Antão	63.400	70.680	134.084
MICRORREGIÃO I.III	472.285	529.416	1.001.701
Cabo de Santo Agos- tinho	97.716	105.724	203.440
Ipojuca	48.246	50.686	98.932
Jaboatão dos Guara- rapes	299.937	344.100	644.037
Moreno	26.386	28.906	55.292
TOTAL	1.846.871	2.107.775	3.954.646

Fonte: Base dos Dados do Estado. Período de referência 2024. IBGE 2022.

Os resultados demonstram a prevalência da população feminina em quase que na totalidade dos municípios, com exceções como nos municípios de Fernando de Noronha (apesar de ser um Distrito de PE, aqui compreendido como município), Ilha de Itamaracá, Itapissuma. É importante refletir que se tratam de cidades turísticas. Este perfil demográfico pode afetar nos indicadores de tabagismo e também na oferta e cuidado na atenção ao tratamento da doença.

Quadro 2. Número de Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) por municípios, agrupados por microrregião de saúde – I GERES – Pernambuco, julho/2025.

MUNICÍPIO/ MICRORREGIÃO	Número de eSF	Número de eAP	Cobertura
MICRORREGIÃO I.I	603	21	
Abreu e Lima	32	01	115,04%
Araçoiaba	8	-	140,44%
Fernando de Noronha	2	-	211,09%
Igarassu	29	5	98,27%
Itamaracá	10		150,54%
Itapissuma	10	01	127,70
Olinda	58	4	57,58%
Paulista	47	7	49,72%
Recife	407	3	90,38%
MICRORREGIÃO I.II	165	9	
Camaraçibe	45	-	101,23%
Chã de Alegria	7	-	182,00%
Chã Grande	8	-	131,92%
Glória de Goitá	9	01	109,48%
Pombos	12	-	156,44%
São Lourenço da Mata	33	-	98,08%

Vitória de Santo Antão	51	8	139,70%
MICRORREGIÃO I.III	200	15	
Cabo de Santo Agostinho	46	13	89,52%
Ipojuca	25	01	85,31%
Jaboatão dos Guararapes	112	-	57,36
Moreno	17	01	107,76%
TOTAL	968	45	

Fonte: e-GESTOR AB. 2025 / CNES julho/2025

As atribuições da eSF no PNCT estão definidas na PORTARIA Nº 571/2013. Em seu Art. 12. O normativo estabelece as atribuições gerais dos elementos constitutivos da RAS do SUS para prevenção e tratamento do tabagismo. Cabe à atenção Básica realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular. É necessário que identifique as pessoas tabagistas em seu território. Cabe também realizar a avaliação clínica inicial destes usuários e prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, seja por abordagem mínima e, se necessário, tratamento medicamentoso.

A atenção e cuidado à saúde das pessoas tabagistas passa também pela responsabilidade das equipes de atenção básica em organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas, planejando a necessidade e disponibilizando os medicamentos para o tratamento da doença, de acordo com a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) e o protocolo do INCA. Sem esquecer de diagnosticar e tratar precocemente suas possíveis complicações, incluindo a utilização de ferramentas tecnológicas como o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou ou-

tra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e favorecer o acesso às ações e serviço no processo de tratamento.

Na I GERES, a maioria das unidades de saúde que ofertam o tratamento de tabagismo são as Unidades ligadas à Atenção Primária em Saúde (APS), com maior foco nos serviços de saúde ligados à Estratégia de Saúde da Família (ESF). E as Equipes de Saúde da Família (eSF) tem sido grandes parceiras no desenvolvimento das ações de prevenção e de tratamento do tabagismo, apesar de grupos também poderem ser formados na APS, nas Equipes de Atenção Primária (eAP) – modelo tradicional.

Seguindo as orientações da Portaria nº 571/2013 as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde estão contidas essas equipes de saúde, são os espaços mais estratégicos para formação de grupos e oferta do tratamento. De modo que, na I GERES temos um total de 84 pontos de serviços de saúde que ofertam o tratamento para quase mil serviços de saúde que poderiam ofertar este tratamento. Uma cobertura ainda muito baixa da oferta deste tratamento. Mesmo que se saiba que em uma UBS pode funcionar mais de uma equipe de saúde. O fato é que há uma oportunidade enorme para expansão da oferta do tratamento, aproximando esta oferta ao local de moradia e/ou de trabalho dos usuários.

Apesar do serviço ser prioritariamente ofertado nas UBS, o tratamento do tabagismo também pode ser ofertado em unidades especializadas e hospitalares. Cabendo a estas realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; e iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia. Fazendo o processo de contrareferência para a atenção básica.

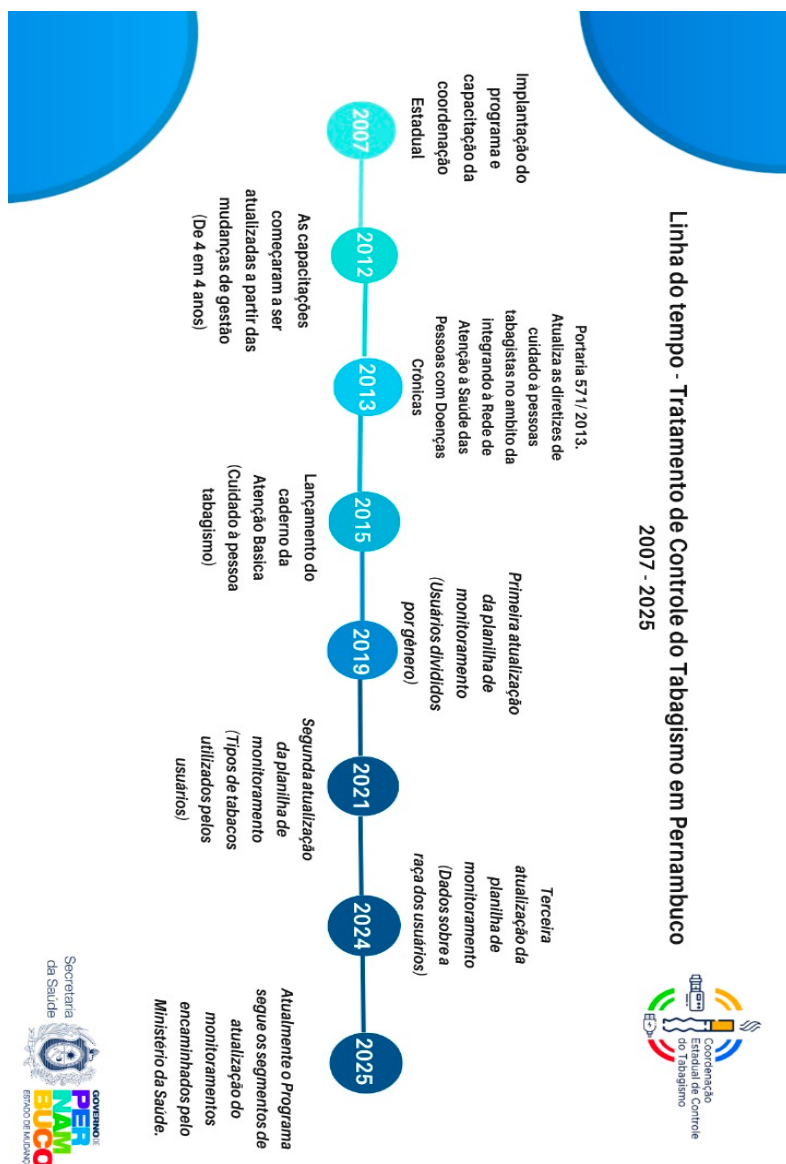
Segundo normativa acima mencionada, os estabelecimentos de saúde que ofertam o tratamento do tabagismo devem estar devidamente registrados no Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde (CNES), com o código 119 que se refere especificamente a estabelecimentos que ofertam este tipo de tratamento⁹.

Todos os insumos da terapia medicamentosa, nos casos em que se façam necessários, são disponibilizados pelo MS, através do INCA, o que inclui: Terapia de Reposição de Nicotina (Adesivo transdérmico (7 mg, 14 mg e 21 mg), Goma de mascar (2 mg) e Pastilha (2 mg); e o Cloridrato de Bupropiona (Comprimido (150 mg)). Estes devem ser prescritos pelos profissionais, treinados, da atenção básica ou outro ponto de atenção, onde possuem grupos de tratamento, e devem ser disponibilizados no próprio serviço de saúde onde os pacientes participam do tratamento. Devendo ser de fácil acesso ao usuário e planejado e organizada sua solicitação, quadrimestralmente.

Em muitos municípios da região, como se verá a seguir, disponibiliza tratamento ao tabagismo utilizando protocolos clínicos com incorporação das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICs). Todos os profissionais de Saúde, de Nível Superior podem ser treinado para realizar o tratamento do tabagismo nos serviços de saúde, sendo necessário observar os protocolos e regramentos locais e nacionais para, especificamente, a autorização na prescrição de medicamentos por cada categoria profissional, além do profissional médico.

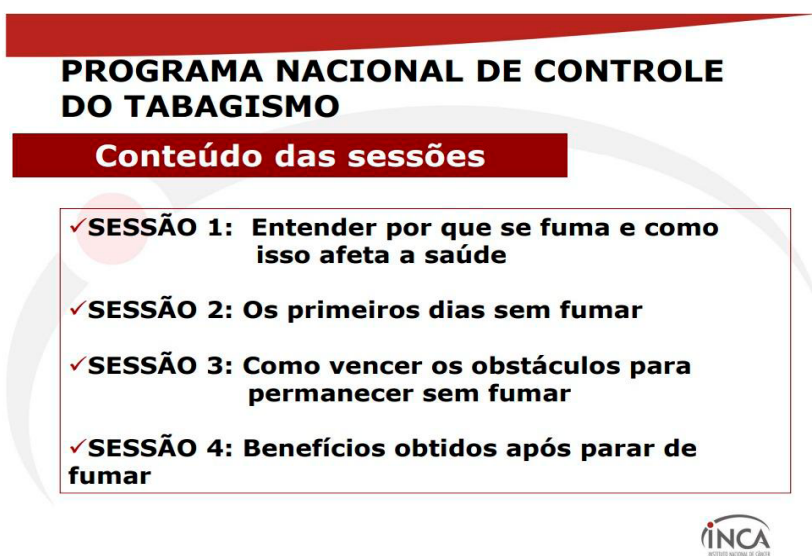
Figura 6. Linha do Tempo da Implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Pernambuco – 2007 – 2025.



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Pernambuco – PNCT / PE, 2025

É importante enfatizar que, como já informado na introdução desta produção, o PNCT em Pernambuco foi implantado em 1994, mas a linha do tempo acima está focada no tratamento do tabagismo no Estado, especificamente iniciada em 2004 em Pernambuco.

Figura 7: Sessões de Tratamento do Tabagismo – Protocolo INCA // MS



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo– PNCT / INCA

O Programa de tratamento do tabagismo proposto pelo INCA é focado na autoresponsabilização dos indivíduos pelo sucesso em parar de fumar, dentro de uma proposta terapêutica sistemática e programática e com atividades aplicáveis no cotidiano dos participantes. Cada Grupo de Tratamento é formado por um total de 10 a 15 pessoas, com encontros em 4 sessões de grupo, funcionando em média por uma hora e meia em cada sessão, uma vez por semana, por um período de quatro semanas. E o processo terapêutico em cada uma das sessões inclui quatro etapas:

- 1 Atenção individual;
- 2 Estratégias e informações;
- 3 Revisão e discussão;
- 4 Tarefas. Sugere-se 25 minutos de cada sessão para cada uma das três primeiras fases, com um máximo de 15 minutos gastos na fase final, ou seja, “Tarefas” ¹⁴.

As quatro fases busca apoiar o grupo a estruturar as sessões: Atenção Individual (apresentação pessoal com diálogo orientado por algumas perguntas condutoras, com posterior comentários individualizado; Estratégias e informações (devem ser apresentadas as Estratégias e informações de forma simples e direta possível); Revisão e discussão (ênfatisa-se a importância da participação e de forma breve se faz a revisão do material que acabou de apresentar na etapa Estratégias e informações. Nesta fase fazer referência ao tabagismo e prejuízos); e Tarefas (deve ser aplicada em duas partes: primeira leitura no Manual do Participante, e a segunda é chamar a atenção para os objetivos individuais de cada participantes tenham estabelecido para si próprios) ¹⁴.

No que se refere ao monitoramento e a avaliação das ações do programa e do tratamento do tabagismo, a PORTARIA Nº 571/2013 sugere que sejam observados indicadores relacionados ao cuidado ao tabagista. Além da incorporação de outros indicadores a serem definidos e pactuados localmente. O normativo não define a periodicidade do monitoramento e da avaliação, muito embora tenha sido realizado respectivamente, quadrimestral e anualmente.

Quadro 3. Indicadores de Monitoramento e Avaliação a serem utilizados no Tratamento do Tabagismo, PORTARIA Nº 571/2012

ITEM	INDICADOR	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE DE VERIFICAÇÃO
1	Proporção de usuários tabagistas cadastrados	$\frac{\text{Número de usuários tabagistas} \geq 18 \text{ anos cadastrados, em determinado local e período}}{\text{Número estimado* de usuários tabagistas} \geq 18 \text{ anos no mesmo local e período}} \times 100$	Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e VIGITEL e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador) * número estimado de usuários tabagistas na área coberta pela equipe de atenção básica = Pessoas cadastradas na área coberta pela equipe x parâmetro de prevalência estadual / 100.
2	Número de grupos de tratamento do tabagista realizados	Total de atendimentos em grupo realizados para usuários de tabaco e dependência química*, em determinado local e período.	Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS
3	Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo	$\frac{\text{Número de usuários que participaram de atendimento em grupo para usuário de tabaco e dependência química* em determinado local período}}{\text{Número de usuários tabagistas no mesmo local período}} \times 100$	Mapa de atividade coletiva do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (numerador) e Cadastro Individual do Sistema de Coleta Simplificada do e-SUS (denominador) * quando a opção "público alvo" está marcada como "usuário de tabaco" e a opção "práticas/temas para a saúde" está marcada como "dependência química (tabaco, álcool e outras drogas).
4	Proporção de fumantes que deixaram de fumar	$\frac{\text{Número de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada}}{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão}} \times 100$	Planilha Quadrimestral do INCA (sugerido)
5	Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento	$\frac{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada} - \text{Número de fumantes atendidos na 4ª sessão estruturada}}{\text{Número de fumantes atendidos na 1ª sessão estruturada}} \times 100$	Planilha Quadrimestral do INCA (sugerido)

Fonte: Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 571, DE 5 DE ABRIL DE 2013.

Não foi possível neste trabalho apresentar resultados de alguns dos indicadores de monitoramento e avaliação sugeridos acima, conforme definido na PORTARIA Nº 571/2013. Isto porque em seu método de cálculo se faz necessário realizar levantamento do número de tabagistas nos territórios de atenção básica, bem como fazer o cálculo de estimativa de tabagismo de cada um desses territórios, em cada município. Para só assim ter condições para calcular alguns desses indicadores. Os demais resultados serão apresentados a seguir, mas brevemente é necessário contextualizar sobre algumas observações inerentes às mudanças do processo de tratamento no período da Pandemia da COVID.

Notou-se que durante o período da pandemia (2020) houve uma redução do número de pessoas que buscaram tratamento de tabagismo em todo país, havendo durante o ano de 2020, sendo apenas 66% de procura em relação ao ano anterior. Os resultados demonstram que havendo variação nas regiões, de 59%, na região Norte, a 68%, na região Sudeste. Nordeste, com 66% de redução, Centro-Oeste (63%) e a região Sul (62%) ⁷.

A partir dos dados coletados pelo PNCT, coordenado pelo INCA. O impacto variou nas regiões do País, de 59%, na região Norte, a 68%, na região Sudeste. Nordeste, com 66% de redução, Centro-Oeste (63%) e Sul (62%) completam relatório *Tratamento do Tabagismo no SUS Durante a Pandemia de Covid-19 – Resultados*. Os dados da pesquisa foram detalhados, dia 25, durante webinar (seminário virtual) em celebração pelo Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto de 2025), promovido pelo INCA. O evento foi transmitido pela TV INCA ⁷.

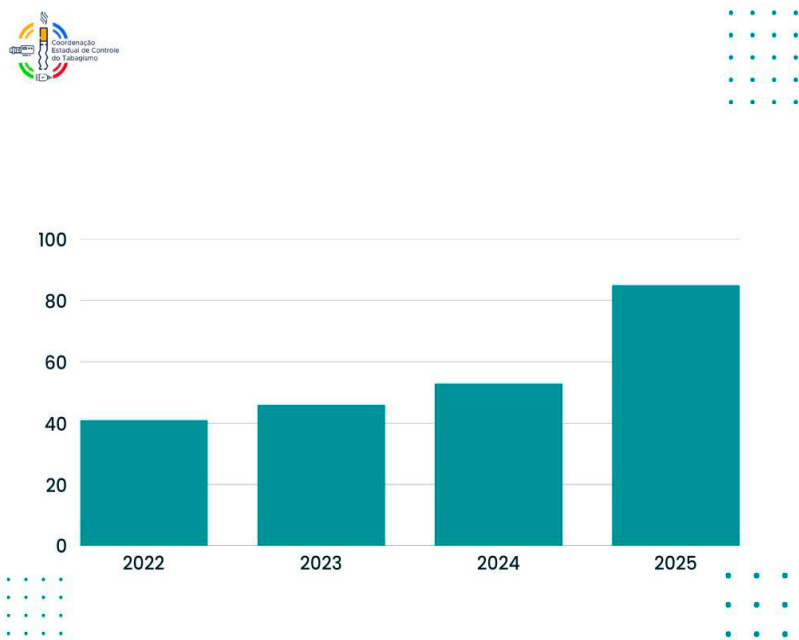
Os dados apresentados acima foram apresentados pela coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, em relatório que atestou a redução no número de pessoas que procuram tratamento contra o tabagismo no SUS. Bem como, apresentou medidas adotadas pela coordenação do PNCT, dentre elas: *cuidados a distância, com estímulo para uso de ferramentas tecnológicas, como os aplicativos WhatsApp, Zoom, Skype e outros para teleatendimento, capacitação de cerca de 5.400 profissionais de saúde para tratamento ao fumante* ⁷.

É extensa a lista de feitos e progressos do PNCT/PE. Em Recife, sede da I GERES, o Programa teve início em 2001 e seguiu se multiplicando desde então em unidades de saúde da região metropolitana e adjacentes. É válido lembrar que o trabalho feito pela I GERES é de suma importância para o impulsionamento do programa no Estado, visto que a sede da mesma fica na capital do Estado e vira linha de frente para o debate da expansão da saúde em Pernambuco. De acordo com o monitoramento feito pelo PNCT/PE, as unidades de saúde da

I GERES seguem tendo a maior aderência ao programa, como mostra o monitoramento criado pela equipe do programa na Secretária Estadual de Saúde (SES).

Retomando as reflexões sobre os resultados do processo de tratamento do tabagismo nos municípios da I GERES, percebe-se abaixo o aumento na oferta do serviço, de forma considerável nos últimos anos. No gráfico, criado em agosto de 2025 pela equipe do PNCT/PE da SES, com as respostas do formulário que solicita que as unidades com o programa ativo se apresentassem, é visto o aumento significativo de unidades que estão ativas atualmente, ofertando atendimento para o tratamento do tabagismo aos usuários. Apresentando um crescimento maior que 100% da adesão em relação ao ano de 2022

Figura 8: Crescimento na oferta do tratamento do tabagismo em Serviços de Saúde dos municípios da I GERES – PE – 2022 – 2025.



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Pernambuco – PNCT / PE, 2025

Enquanto no de 2022, apenas 41 unidades ainda tinham o programa em funcionamento. No de 2025, até o mês de agosto, foram encontradas 85 unidades ativas na oferta do tratamento e com formação de grupos de tabagismo. Tendo um aumento de 44 unidades a mais que no primeiro ano de monitoramento. Em levantamento feito pela Referência Técnica de Tabagismo da I GERES até 10/10/2025, o número de unidades de saúde que ofertam o tratamento de tabagismo nos municípios já passou para 119 unidades de saúde que ofertam o serviço.

Além disso, ainda em reunião com a equipe do nível central, buscou-se entender as experiências exitosas do programa nos municípios da I GERES. Em coletado, foram mostradas algumas experiências exitosas que vêm dando certo dentro da dinâmica do próprio município de lidar e expor os usuários ao programa. Como por exemplo, o município da Ilha de Itamaracá que busca apoio nos próprios usuários que ali passaram e criam grupos de apoio para que as experiências no combate ao fumo para inspirar novos interessados, através de programa de voluntariado entre os ex-fumantes que participaram dos grupos.

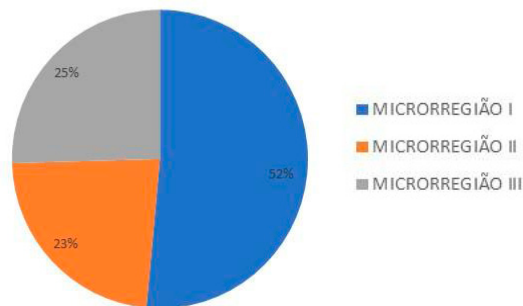
Outro município que têm apresentado bons resultados é o município de “Betânia”, apesar de não fazer parte da I GERES, sua experiência de incentivar a criação de grupos desde mesmo a sala de espera das Unidades de Saúde da Família (USF), comunicando os malefícios do fumo aos usuários, cria intermediários multiplicadores e faz com que a informação se espalhe pela família, bairro ou amigos. E ainda a experiência também do município de Bonância, também fora da I GERES, faz uso de mídias de comunicação de massa, com entrevistas de usuários voluntários falando sobre sua experiência no tratamento e seus avanços no processo.

Já em Recife, capital do estado, município que comporta o maior número de unidades ofertantes do tratamento, e no município de Camaragibe, em ambos a experiência exitosa está em como as unidades buscam oferecer alternativas ao protocolo padrão, como a aplicação das Práticas Integrativas Complementares em

Saúde (PICS) e acompanhamento da Equipe Multiprofissional (E-multi) junto ao tratamento convencional protocolado pelo INCA. Destaca-se ainda a ampliação da oferta do tratamento, nos hospitais da rede estadual, a partir de 2024, através da Capacitação das equipes das Unidades hospitalares, passando os hospitais Real Português, IMIP e Hospital do Câncer a realizar o tratamento aos seus pacientes. Desde então outros hospitais também têm feito adesão ao programa ofertando o serviço.

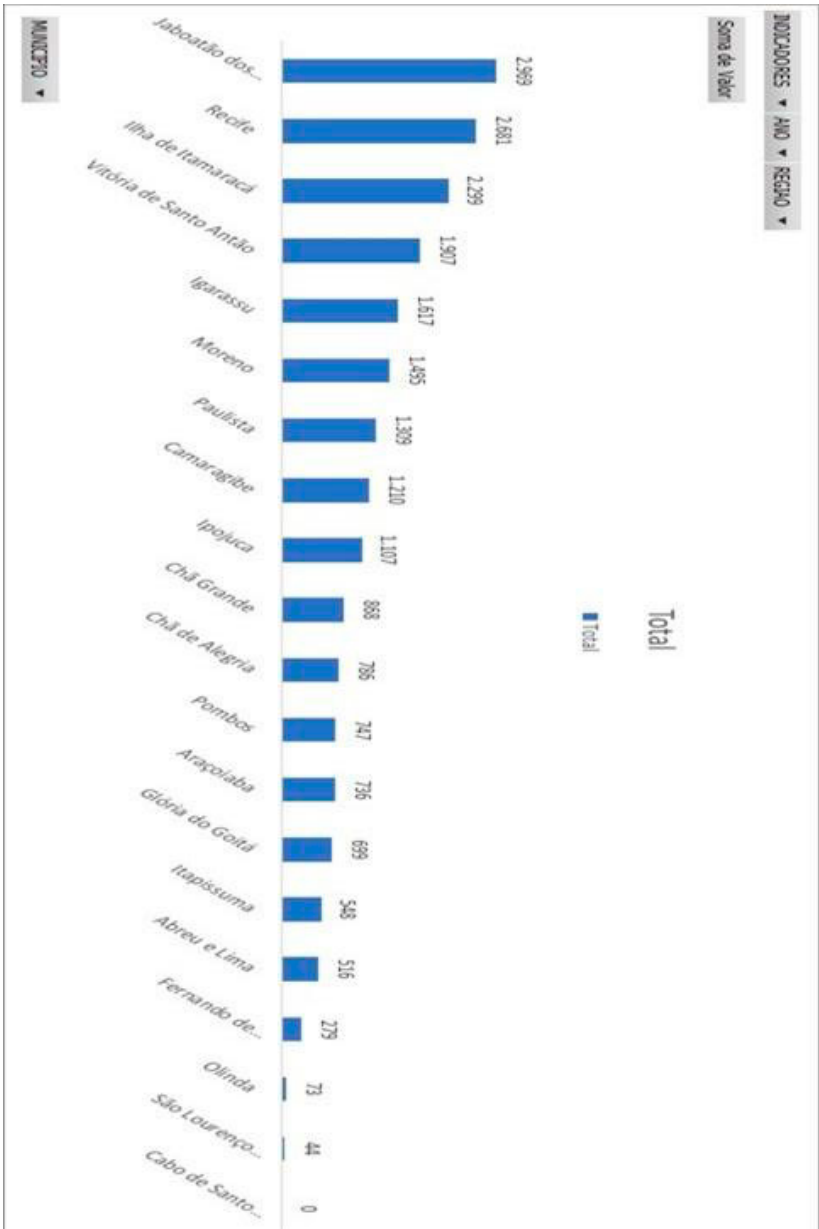
Entendendo as fragilidades que o PNCT vem tendo desde a pandemia, esses são dados muito importantes para o registro de usuários que buscam o tratamento e o próprio tratamento como um todo em relação ao seu funcionamento. É necessário mostrar que desde a pandemia, o programa vem sofrendo algumas vulnerabilidades. A própria estratégia de capacitação online, ainda é insuficiente, visto que os profissionais da saúde não podem se desvincular da rotina de trabalho nas unidades de saúde para se dedicar 100% na capacitação. Isto faz com que os profissionais às vezes não recebem o certificado para tratar o usuário. Ainda nesse contexto, o número de medicamentos disponibilizados pelo MS que não comportam os laudos dos usuários que necessitam ou até mesmo o desvinculo abrupto dos usuários e unidades.

Figura 9. Distribuição do número de usuário que participaram de tratamento do tabagismo nos municípios, por Microrregião, na I GERES – PE – 2022 – 2025.



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Pernambuco – PNCT / PE, 2025

Figura 10. Distribuição do número de usuário que participaram de tratamento do tabagismo nos municípios, na I GERES – PE – 2022 – 2025.



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo em Pernambuco – PNCT / PE, 2025

Os dados demonstraram que um pouco mais da metade dos usuários que participaram do tratamento do tabagismo estiveram concentrados na Microrregião I (Região Metropolitana em sua maior parte).

Por fim, a representação do aumento das unidades na I Regional de Saúde em Pernambuco mostra que o programa se atualiza e regenera com o trabalho conjunto e interligado entre os municípios, Estado e Ministério da Saúde nessa causa. A Promoção à saúde promovida por esses órgãos é de suma importância para a ampliação do programa em todas as áreas.

Apesar do crescimento considerável na implantação do PNCT nos municípios da I GERES e consequentemente da expansão da oferta do tratamento do tabagismo nesse municípios, é importante observarmos a necessidade de monitoramento e avaliação de indicadores que apontem para a qualidade, eficácia e efetividade das ações de tratamento e de enfrentamento da doença. Como também observar como esta expansão é capaz de assegurar o maior acesso e acessibilidade da oferta deste tratamento.

Os resultados apresentados nos quadros a seguir são resultados da análise dos dados enviados pelos municípios na planilha quadrimestral de solicitação de medicação e relatórios das atividades dos tratamentos ofertados par ao INCA. E podem ser elementos para compreendermos melhor a relação entre a expansão do acesso e a implicação na cobertura da oferta deste serviço e sua eficácia e efetividade.

Quadro 4. Indicadores da oferta do tratamento de tabagismo nos municípios da I GERES – PE, 2021.

CONSOLIDADO DOS DADOS E INDICADORES DA OFERTA DE TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NOS MUNICÍPIOS DA I GERES - PE - 2021 - 2025																									
ANO / INDICADORES	MICROREGIÃO I										MICROREGIÃO II							MICROREGIÃO III					TOTAL		
	Abreu e Lima	Araçoiaba	Fernando de Noronha*	Igarassu	Ilha de Itamaracá	Itapissuma	Olinda	Paulista	Total	Cam. aragibe	Chã de Alegria	Chã Grande	Glória do Goitá	Pombos	São Lourenço da Mata	Vitória de Santo Antão	Total	Cabo de Santo Augustinho	Ipojuca	Jaboatão dos Guararapes	Moreno	Total			
2021																									
1 - Nº de pacientes que buscaram tratamento primário vez. (novos)	0	0	0	7	0	0	0	3	0	10	3	0	0	2	0	0	5	0	0	64	0	64	79		
2 - Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período	0	0	0	1	0	0	0	2	0	3	1	0	0	2	0	0	3	0	0	2	0	2	8		
Unidade básica de saúde	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	4			
UPES	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1			
Unidades de Atenção Especializada	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	3		
3 - Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	0	0	0	0	10	0	0	3	0	13	2	0	0	2	0	0	4	0	0	64	0	64	81		
4 - Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	0	0	0	0	6	0	0	2	0	8	3	0	0	0	0	0	3	0	0	31	0	31	42		
5 - Nº de pacientes SEM FUMAR na 4ª sessão	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	0	2	0	0	19	0	19	21		
Nº grupos de manutenção há pelo 6 meses	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6	2	0	0	0	0	0	2	0	0	6	0	6	14		
Estimativa Municipal de atendimentos para o próximo quadriestrate / no ano (com base na população pacientes)	0	0	20	30	40	15	17	15	115	252	10	0	20	45	30	0	11	116	0	10	72	15	97	465	
6 - Qual o nº de unidades de saúde que utilizam as PICS no tratamento de tabagismo?	0	0	0	1	0	0	0	2	3	6	2	0	0	12	0	0	14	0	0	0	0	0	20		
7 - Município conta com quantos profissionais médicos capacitados sem abordagem intensiva ao fumante n(ã)s unidade(s) de Saúde?	0	0	5	1	0	0	5	5	5	21	5	0	1	1	5	0	12	0	5	5	0	10	43		
8 - Município conta com quantos profissionais enfermeiros capacitados em abordagem intensiva ao fumante n(ã)s unidade(s) de Saúde?	0	0	1	1	5	1	5	10	10	33	5	0	5	10	5	0	25	0	0	0	0	0	58		
9 - Município conta com quantos profissionais de Outras Categorias capacitados em abordagem intensiva ao fumante n(ã)s unidade(s) de Saúde?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
(15) a quesão não se aplica ao ano de 2021																									
Período que o programa está em funcionamento em meses	0	0	12	4	12	12	4	12	12	68	12	0	12	12	12	0	4	52	0	12	12	4	28	148	
10 - Paciente que fizeram Ade-ção ao Tratamento (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	150,0	0,0	0,0	66,7	0,0	21,1	150,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,4	0,0	0,0	67,4	0,0	16,9	20,8		
11 - Pacientes Absterrentes (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	125,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,9	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	30,4	0,0	7,6	11,9		
12 - Pacientes com medicação (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	175,0	0,0	0,0	100,0	0,0	30,6	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	21,4	0,0	0,0	39,5	0,0	23,4	25,1		
Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar da 4ª sessão	#####	#####	#####	50,0	#####	#####	#####	66,7	#####	61,5	150,0	#####	#####	#####	0,0	#####	75,0	#####	#####	48,4	#####	48,4	51,9		
Paciente que deixaram de fumar (%)	#####	#####	#####	50,0	#####	#####	#####	0,0	#####	38,5	100,0	#####	#####	#####	0,0	#####	50,0	#####	#####	21,9	#####	21,9	25,9		

Fonte: Planilha Quadrimestral - PERNAMBUCO - PNCT-PE, 2025.

Quadro 5. Indicadores da oferta do tratamento de tabagismo nos municípios da I GERES – PE, 2022.

CONSOLIDADO DOS DADOS E INDICADORES DA OFERTA DE TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NOS MUNICÍPIOS DA I GERES - PE - 2021 - 2025																								
ANO / INDICADORES	MICORREGIÃO I										MICORREGIÃO II						MICORREGIÃO III				TOTAL			
	Abreu e Lima	Araçoiaba	Fernando de Noronha*	Igarassu	Ilha de Itamaracá	Itapissuma	Olinda	Paulista	Recife	Total	Camaragibe	Chã de Alegria	Chã Grande	Glória do Goitá	Pombos	São Lourenço da Mata	Vitória de Santo Antão	Total	Cabo de Santo Augustinho	Ipojuca		Jaboatão dos Guararapes	Moreno	Total
2022																								
1 - Nº de pacientes que buscaram tratamento primeiramente (novos)	0	27	0	42	73	4	0	42	49	237	14	70	0	2	11	0	95	192	0	30	334	52	416	845
2 - Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período	0	1	0	1	3	1	0	2	11	19	1	5	0	1	3	0	19	29	0	2	2	3	7	55
Unidade Básica de Saúde	0	1	0	1	2	1	0	0	5	30	1	3	0	1	3	0	18	26	0	1	0	2	3	39
CES	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
Unidades de Atenção Especializada	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	2	0	3	8
3 - Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	0	20	0	42	73	4	0	42	72	253	11	70	0	2	11	0	88	182	0	18	250	64	332	767
4 - Nº de pacientes que participaram da 2ª sessão	0	13	0	32	47	0	0	22	15	129	9	55	0	0	1	0	55	120	0	22	124	38	181	433
5 - Nº de pacientes SEM FUMAR na 2ª sessão	0	13	0	18	48	0	0	17	16	112	5	43	0	0	1	0	30	79	0	22	78	23	119	310
Nº grupos de manutenção há pelo 6 meses	0	0	0	10	3	4	0	3	0	20	4	40	0	0	0	0	2	46	0	12	14	4	30	96
Estimativa Municipal de atendimentos para o próximo quadrimestre / no ano (com base na população e pacientes)	0	50	10	18	55	20	0	30	250	433	40	40	40	30	20	0	0	170	0	22	180	30	232	835
6 - Qual o nº de unidades de saúde que utilizam as PICS no tratamento de tabagistas?	0	2	0	0	1	0	0	2	1	6	1	4	0	0	13	0	18	36	0	0	0	3	3	45
7 - Município conta com quantos profissionais médicos capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	0	5	1	1	0	1	0	10	10	28	5	5	1	5	10	0	10	36	0	1	5	0	6	70
8 - Município conta com quantos profissionais enfermeiros capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	0	5	1	1	5	1	0	5	10	28	10	5	5	10	10	0	10	50	0	10	0	1	11	89
9 - Município conta com quantos profissionais de Outras Categorias capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde? (Esta questão não se aplica ao ano de 2021)	0	5	0	0	5	5	0	5	10	30	10	5	5	5	10	0	10	45	0	10	5	5	20	95
10 - Paciente que fizeram Adesão ao Tratamento (%)	0,0	100,0	0,0	100,0	95,2	100,0	0,0	50,0	57,1	55,8	100,0	50,0	0,0	0,0	100,0	0,0	88,9	48,4	0,0	180,3	64,6	73,7	80,4	61,5
11 - Pacientes com medicação (%)	0,0	40,0	0,0	100,0	71,4	0,0	0,0	50,0	57,1	35,4	20,0	10,0	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	23,3	0,0	150,0	33,3	57,9	68,6	42,4
12 - Pacientes com abstinência (%)	0,0	100,0	0,0	80,0	71,4	100,0	0,0	100,0	71,4	50,1	40,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	39,0	0,0	180,0	143,8	42,1	84,0	60,4
Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar das 4 sessões	65,0	####	####	76,2	64,4	0,0	####	52,4	20,8	51,0	54,0	78,6	####	0,0	9,1	####	62,5	65,9	65,9	122,2	49,6	59,4	55,4	56,5
Paciente que deixaram de fumar (%)	####	####	####	####	50,00	####	####	0,00	####	44,3	100,0	####	####	####	0,0	####	####	43,4	####	####	21,9	####	35,8	40,4

Fonte: Planilha Quadrimestral - PERNAMBUCO - PNCT-PE, 2025.

Quadro 6. Indicadores da oferta do tratamento de tabagismo nos municípios da I GERES – PE, 2023.

CONSOLIDADO DOS DADOS E INDICADORES DA OFERTA DE TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NOS MUNICÍPIOS DA I GERES - PE - 2021 - 2025																								
ANO / INDICADORES	MICRORREGIÃO I										MICRORREGIÃO II							MICRORREGIÃO III				TOTAL		
	Abreu e Lima	Araçoiaba	Fernando de Noronha*	Igarassu	Ilha de Itamaracá	Itapissuma	Olinda	Paulista	Recife	Total	Camaragibe	Chã de Alegria	Chã Grande	Glória do Goitá	Pombos	São Lourenço de Mata	Vitória de Santo Antão	Total	Cabo de Santo Augustinho	Ipojuca	Jaboatão dos Guararapes		Moreno	Total
2023																								
1 - Nº de pacientes que buscaram tratamento primeira vez (novos)	0	4	14	28	25	9	0	35	67	362	9	30	0	10	6	0	75	130	0	20	139	28	387	499
2 - Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período	0	2	1	1	3	1	0	1	11	20	1	3	0	1	3	0	19	27	0	2	2	3	7	54
Unidade Básica de Saúde	0	1	1	1	2	1	0	0	10	16	1	0	3	1	3	0	18	26	0	1	0	2	3	45
CAPS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Unidades de Atenção Especializada	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0	3	7
3 - Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	0	14	14	28	25	9	0	20	28	138	2	30	0	6	6	0	45	89	0	20	112	56	388	415
4 - Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	0	9	5	18	20	8	0	10	8	78	5	15	0	3	0	0	40	63	0	11	58	36	105	246
5 - Nº de pacientes SEM FUMAR na 4ª sessão	0	6	2	24	15	0	0	10	8	65	1	3	0	3	0	0	15	22	0	11	28	28	67	154
6 - Qual o nº de unidades de saúde que utilizam as PICS no tratamento de tabagismo?	0	1	1	0	1	0	0	1	2	6	1	0	0	0	3	0	18	22	0	0	0	3	3	31
7 - Município conta com quanto profissionais médicos capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	0	5	5	1	0	1	1	10	10	33	5	0	0	5	10	0	10	30	0	5	5	0	10	73
8 - Município conta com quanto profissionais enfermeiros capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	0	5	5	1	5	1	1	5	10	33	10	5	0	10	10	0	10	45	0	5	0	1	6	84
9 - Município conta com quanto profissionais de Outras Categorias capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde? [Esta questão não se aplica ao ano de 2021]	0	10	1	0	1	5	0	5	10	32	10	0	0	1	10	0	10	31	0	5	5	5	15	78
10 - Paciente que fizeram Adesão ao Tratamento (%)	0,0	100,0	35,7	100,0	95,2	100,0	0,0	86,7	57,2	63,9	100,0	0,0	50,0	75,0	0,0	0,0	88,9	44,8	0,0	55,0	79,4	81,5	54,0	54,2
11 - Pacientes Abstinentes (%)	0,0	40,0	14,3	100,0	71,4	0,0	0,0	50,0	57,2	37,0	100,0	0,0	10,0	75,0	0,0	0,0	33,3	31,2	0,0	55,0	35,3	69,0	38,3	35,5
12 - Pacientes com medicação (%)	0,0	100,0	100,0	80,0	71,4	100,0	0,0	100,0	71,4	69,2	40,0	0,0	100,0	75,0	0,0	0,0	33,3	35,5	0,0	100,0	128,8	59,3	79,5	61,4
Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a partir da 4ª sessão	#####	64,3	35,7	64,3	80,0	88,9	#####	50,0	28,6	#####	25,0	50,0	#####	50,0	0,0	#####	88,9	#####	#####	55,0	51,8	64,3	#####	59,3
Paciente que deixaram de fumar (%)	#####	42,9	14,3	85,7	80,0	0,0	#####	50,0	28,6	#####	50,0	10,0	#####	50,0	0,0	#####	33,3	#####	#####	55,0	25,0	50,0	#####	37,1

Fonte: Planilha Quadrimestral - PERNAMBUCO - PNCT-PE, 2025.

Quadro 7. Indicadores de oferta do tratamento de tabagismo nos municípios da I GERES – PE, 2024.

CONSOLIDADO DOS DADOS E INDICADORES DA OFERTA DE TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NOS MUNICÍPIOS DA I GERES - PE - 2021 - 2025																								
ANO / INDICADORES	MICRORREGIÃO I										MICRORREGIÃO II							MICRORREGIÃO III				TOTAL		
	Abreu e Lima	Aragoiaba	Fernando de Noronha*	Igarassu	Ilha de Itamaracá	Itapissuma	Olinda	Paulista	Recife	Total	Camaragibe	Chã de Alegria	Chã Grande	Glória do Goitá	Pombos	São Lourenço da Mata	Vitória de Santo Antão	Total	Cabo de Santo Augustinho	Ipojuca	Jaboatão dos Guararapes		Moreno	Total
2024																								
1- Nº de pacientes que buscaram tratamento primeira vez (novos)	0	0	0	20	27	0	0	0	55	102	0	0	6	0	0	0	8	14	0	0	76	34	110	226
2- Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período	0	0	0	1	3	0	0	0	10	14	0	0	4	0	0	0	3	7	0	0	1	3	4	25
Unidade básica de saúde	0	0	0	1	2	0	0	0	9	12	0	0	4	0	0	0	3	7	0	0	0	2	2	21
CPS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Unidade de Atenção Especializada	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3
3- Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	0	0	0	20	27	0	0	0	55	102	0	0	8	0	0	0	8	16	0	0	62	34	96	214
4- Nº de pacientes que participaram da 2ª sessão	0	0	0	14	27	0	0	0	39	80	0	0	4	0	0	0	4	8	0	0	31	21	52	140
5- Nº de pacientes SEM FUMAR na 2ª sessão	0	0	0	5	27	0	0	0	12	44	0	0	3	0	0	0	1	4	0	0	19	3	22	70
6- Qual o nº de unidades de saúde que utilizam as PICS no tratamento de tabagistas?	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	1	4	0	0	0	0	6
7- Município corta com quantos profissionais médicos capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	5	0	0	5	5	0	0	0	10	25	5	0	1	0	0	10	5	21	0	0	5	1	6	52
8- Município corta com quantos profissionais enfermeiros capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	10	0	0	1	5	0	0	0	10	26	5	5	1	0	0	5	10	26	0	0	0	0	0	52
9- Município corta com quantos profissionais de Outras Categorias capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde? [Esta questão não se aplica ao ano de 2021]	5	0	0	1	5	0	0	0	10	21	0	5	1	0	0	10	0	16	0	0	5	5	10	47
10- Paciente que fizeram Adesão ao Tratamento (%)	0	0	0	70,0	100,0	0,0	0,0	0,0	81,3	27,9	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	21,4	0,0	0,0	67,4	61,8	32,3	27,2
11- Pacientes Abstinentes (%)	0	0	0	25,0	100,0	0,0	0,0	0,0	25,0	16,7	0,0	0,0	75,0	0,0	0,0	0,0	12,5	12,5	0,0	0,0	41,3	8,8	12,5	13,9
12- Pacientes com melhora (%)	0	0	0,0	45,0	74,1	0,0	0,0	0,0	25,0	16,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	50,0	21,4	0,0	0,0	123,9	61,8	46,4	28,0
Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar da 2ª sessão	#####	#####	#####	70,0	100,0	#####	#####	#####	70,9	78,4	#####	#####	50	#####	#####	#####	50,0	50,0	#####	#####	50,0	61,8	54,2	65,4
Paciente que deixaram de fumar (%)	#####	#####	#####	25,0	100,0	#####	#####	#####	21,8	43,1	#####	#####	37,5	#####	#####	#####	12,5	25,0	#####	#####	30,6	8,8	22,9	32,7

Fonte: Planilha Quadrimestral - PERNAMBUCO - PNCT-PE, 2025.

Quadro 8. Indicadores da oferta do tratamento de tabagismo nos municípios da I GERES – PE, 2025.

CONSOLIDADO DOS DADOS E INDICADORES DA OFERTA DE TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NOS MUNICÍPIOS DA I GERES - PE - 2021 - 2025																								
ANO / INDICADORES	MICROREGIÃO I										MICROREGIÃO II							MICROREGIÃO III				TOTAL		
	Abreu e Lima	Araçoiaba	Fernando de Noronha*	Igarassu	Ilha de Itamaracá	Itapissuma	Olinda	Paulista	Recife	Total	Cam aragibe	Chã de Alegria	Chã Gran de	Glória do Goitá	Pombos	São Lourenço da Mata	Vitória des anto Antão	Total	Cabo de Santo Augustinho	Ipojuca	Jaboatão dos Guararapes		Moreno	Total
2023*																								
1 - Nº de pacientes que buscaram tratamento primário vez (novo)	60	0	0	52	31	0	0	28	78	219	41	5	18	16	13	0	37	130	0	0	0	44	44	423
2 - Nº de unidades de saúde que realizaram atendimento no período	3	0	0	3	4	0	0	2	16	28	6	1	6	2	3	0	6	21	0	0	0	3	3	55
Unidade Básica de Saúde	3	0	0	4	0	0	0	1	16	28	6	1	6	2	3	0	6	21	0	0	0	2	2	50
CMS	0	0	0	3	0	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
Unidades de Atenção Especializada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 - Nº de pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica	30	0	0	52	31	0	0	0	78	191	30	5	12	16	13	0	37	113	0	0	0	44	44	348
4 - Nº de pacientes que participaram da 2ª sessão	20	0	0	17	25	0	0	14	41	117	9	0	8	9	3	0	29	58	0	0	0	32	32	207
5 - Nº de pacientes SEM FUMAR na 2ª sessão	20	0	0	8	15	0	0	14	30	87	6	0	8	7	0	0	22	43	0	0	0	11	11	141
6 - Qual o nº de unidades de saúde que utilizam as PICS no tratamento de tabagismo?	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
7 - Município conta com quantos profissionais médicos capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	5	0	0	5	10	5	0	10	10	45	5	1	1	1	10	0	5	23	0	5	0	0	5	73
8 - Município conta com quantos profissionais enfermeiros capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	5	5	0	1	10	5	0	10	10	46	1	1	5	5	5	0	10	27	0	5	0	1	6	79
9 - Município conta com quantos profissionais de Outras Categorias capacitados em abordagem intensiva ao fumante na(s) unidade(s) de Saúde?	5	0	0	5	10	5	0	10	10	45	0	0	5	0	5	0	5	15	0	5	0	5	10	70
[Esta questão não se aplica ao ano de 2021]																								
10 - Paciente que fizeram Aderção ao Tratamento (%)	100,0	0,0	0,0	32,7	100,0	0,0	0,0	50,0	69,5	39,1	30,0	0,0	44,4	69,2	23,1	0,0	78,4	35,0	0,0	0,0	0,0	72,7	18,2	30,8
11 - Pacientes Abstinentes (%)	66,7	0,0	0,0	15,4	60,0	0,0	0,0	50,0	59,9	27,0	20,0	0,0	44,4	53,9	0,0	0,0	59,7	25,4	0,0	0,0	0,0	20,0	5,0	19,1
12 - Pacientes com medicação (%)	33,3	0,0	0,0	100,0	60,0	0,0	0,0	82,1	38,1	40,4	73,3	100,0	66,7	53,9	0,0	0,0	88,5	54,3	0,0	0,0	0,0	70,4	17,6	37,4
Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar da 2ª sessão	66,7	#####	#####	32,7	80,6	#####	#####	52,6	64,3	30,0	0,0	66,7	56,3	23,1	#####	#####	78,4	51,3	#####	#####	#####	72,7	7,7	59,5
Paciente que deixaram de fumar (%)	66,7	#####	#####	15,4	43,4	#####	#####	38,5	45,5	20,0	0,0	66,7	43,8	0,0	#####	#####	59,5	38,1	#####	#####	#####	25,0	25,0	40,5
Fonte: Coordenação do PNCT em Pernambuco, dados enviados em 24/09/2025.																								
Os dados do ano de 2025 são referentes apenas até o mês de Agosto.																								

Fonte: Planilha Quadrimestral – PERNAMBUCO – PNCT - PE, 2025.

Os dados apresentados nos quadros de 4, 5, 6, 7 e 8 demonstram que, atualmente, 100% dos municípios da I GERES possuem o PNCT implantado e desenvolvem ações de prevenção, promoção e tratamento do tabagismo, com funcionamento a mais de 1 (um) ano de implantação, mesmo que em algum momento tenha deixado de existir grupo de tratamento em funcionamento. Todavia, percebemos que as ações de oferta de tratamento nas unidades de saúde ainda não estão consolidadas e ininterruptas nos municípios de São Lourenço da Mata e no Cabo de Santo Agostinho ⁸.

Ainda de acordo com os dados registrado pelo PNCT-PE, 100% dos municípios da I GERES ofertam tratamento de nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sejam nas eSF ou na eAP, conforme priorizado na PORTARIA Nº 571/2013, “Art. 3º A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica” ⁹. Com ressalva ao município de Jaboatão dos Guararapes que no período estudado tem demonstrado ofertar o tratamento de tabagismo em Unidades da Atenção Especializada (UAE), muito embora que em 2025 tem implantado a oferta de tratamento nas UBS e esteja em expansão.

A oferta de tratamento nas UAE também está prevista no normativo acima, como se vê: “Parágrafo único. Os estabelecimentos de saúde da atenção especializada que já ofertam o tratamento poderão continuar a ofertá-lo” ⁸. Além do município de Jaboatão dos Guararapes, também ofertam o tratamento nas UAE os municípios de: Araçoiaba, Chão de Alegria, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Recife e Vitória de Santo Antão ⁷.

Também foi identificado na análise dos relatórios quadri-mestrais enviados pelos municípios, no período estudado, que historicamente o tratamento de tabagismo vem sendo ofertada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas especificamente em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) nos municípios de: Igarassu, Ilha de Itamaracá, Moreno e Paulista ⁷.

Importante informar que, muito embora a oferta do tratamento deva estar, prioritariamente, ofertada na UBS, em Pernambuco muitos hospitais da Rede de Urgência e Emergência (RUE), ligados à I GERES, vem implantando grupos de tratamento do tabagismo, seguindo o mesmo protocolo e lógica do tratamento ofertado nas UBS. Estes grupos de tratamento tem sido focado inicialmente na oferta do serviço aos trabalhadores da saúde, muito embora em alguns hospitais da RUE já venha ofertando o tratamento para os pacientes hospitalizados. Os hospitais da RUE na I GERES, que oferta o tratamento do tabagismo são: HC (Hospital das Clínicas – UFPE), Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Hospital Otávio de Freitas (HOF), Hospital da Restauração (HR), Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) ⁸.

A análise revela um crescimento significativo de 845% nos usuários novos que buscaram tratamento para tabagismo pela primeira vez de 2021 para 2022. Esse aumento está diretamente relacionado à expansão do programa para mais municípios. Na Microrregião 1.1, por exemplo, o número de municípios que ofertavam o tratamento aumentou de 2 para 6, um crescimento de 200%. Tendência semelhante foi observada nas Microrregiões 1.2 e 1.3.

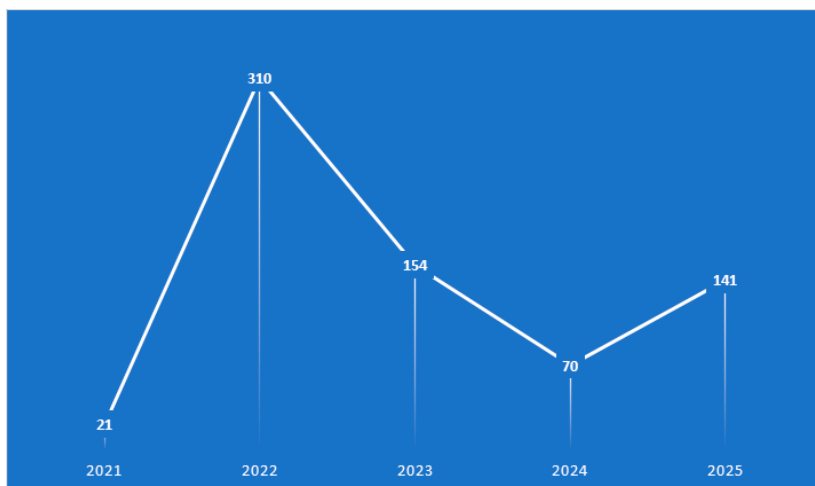
A Ilha de Itamaracá se destaca como o único município que manteve a oferta de tratamento sem interrupção, desde o início do programa. Além disso, o município utilizou Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no tratamento e registrou o maior número de usuários que participaram da 4ª sessão e pararam de fumar em 2024. Enquanto Abreu e Lima começou a ofertar o tratamento em 2025.

Durante os 5 anos do programa, foram capacitados 311 médicos, 357 enfermeiros e 287 outros profissionais, totalizando quase 1000 profissionais “qualificados”. A oferta de PICS no tratamento de tabagistas também foi um fator importante, com destaque para

municípios como Igarassu, Paulista, Recife, Araçoiaba, Itamaracá, Camaragibe, Chã de Alegria, Vitória, Pombos e Moreno. Este crescimento se acentua no ano de 2025, bem como o aumento no número de serviços de saúde que ofertam o tratamento.

Os resultados mostraram ainda que os municípios que tiveram mais adesão à última sessão do tratamento foram Jaboatão, com 213 participantes e 143 que pararam de fumar, seguido pela Ilha de Itamaracá em 2024, com 27 participantes e 27 que pararam de fumar, e Recife em 2025, com 41 participantes e 30 que pararam de fumar. Esses dados refletem a potência do tratamento destes municípios da I GERES, com apenas 2 municípios não ofertando tratamento durante os 5 anos. Os demais municípios ofertaram de forma contínua ou em anos intercalados, demonstrando a magnitude do programa. E os municípios que tiveram mais adesão à última sessão do tratamento foram Jaboatão, com 213 participantes e 143 que pararam de fumar, seguido pela Ilha de Itamaracá.

Figura 11. Distribuição do número de usuários atendidos na 4ª sessão e que tinha parado de fumar.



Fonte: Planilha Quadrimestral –PERNAMBUCO – PNCT-PE, 2025.

Os resultados apontam para a análise da eficácia e a efetividade das ações de tratamento desenvolvidas nos grupos em cada serviço de saúde dos municípios da I GERES. Como também demonstra o efeito das mudanças de gestão na oferta e no processo de trabalho das equipes. Em ano de mudança de gestão (final ou início) percebemos queda no número de usuários que “concluíram” o protocolo de tratamento, com a participação na 4ª sessão, bem como de pessoas que deixaram de fumar durante o tratamento.

Por fim, segue-se o resultado da análise dos indicadores definidos pela PORTARIA Nº 571/2013, sobre o processo de monitoramento e avaliação do tratamento do tabagismo no PNCT, muito embora seja importante informar a limitação no cálculo de alguns indicadores, seja pela falta de dados da base de cálculo, seja pelo lançamento de dados “errados” na planilha quadrimestral enviada pelos municípios. Todavia, os resultados são importantes para alertar para necessidade de qualificação a cada dia do processo de atenção à saúde e de registro, monitoramento e avaliação do programa.

Quadro 9. Resultados dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação definidos – PORTARIA N° 571/2013 – municípios da MICRORREGIÃO I – 2021 - 2025

Nóulos de Linha	Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar da 4ª sessão	Paciente que deixaram de Fumar (%)	Proporção de usuários tabagistas cadastrados	Número de grupos de tratamento do tabagista realizados	Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo	Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento
Ilha de Itamaracá						
2021	60,00%	50,00%	0,35%	10	0,50%	40,00%
2022	64,38%	65,75%	3,65%	73	3,65%	35,62%
2023	80,00%	60,00%	1,25%	25	1,25%	20,00%
2024	100,00%	100,00%	1,35%	27	1,35%	0,00%
2025	80,69%	48,39%	1,55%	31	1,55%	19,35%
Abreu e Lima						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022			0,00%	0	0,00%	
2023			0,00%	0	0,00%	
2024			0,00%	0	0,00%	
2025	66,67%	66,67%	3,00%	30	1,50%	33,33%
Araçoiaba						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	65,00%	65,00%	1,35%	20	1,00%	35,00%
2023	64,29%	42,86%	0,20%	34	0,70%	35,71%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Camaragibe						
2021	150,00%	100,00%	0,15%	2	0,10%	-50,00%
2022	81,82%	45,45%	0,70%	11	0,55%	18,18%
2023	250,00%	50,00%	0,45%	2	0,10%	-150,00%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025	30,00%	20,00%	2,05%	30	1,50%	70,00%
Fernando de Noronha*						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022			0,00%	0	0,00%	
2023	35,71%	14,29%	0,70%	34	0,70%	64,29%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Igarassu						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	76,19%	42,86%	2,10%	42	2,10%	23,81%
2023	64,29%	85,71%	1,40%	28	1,40%	35,71%
2024	70,00%	25,00%	1,00%	20	1,00%	30,00%
2025	32,69%	15,38%	2,60%	52	2,60%	67,31%
Itapissuma						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	0,00%	0,00%	0,20%	4	0,20%	100,00%
2023	88,89%	0,00%	0,45%	9	0,45%	11,11%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Ondara						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022			0,00%	0	0,00%	
2023			0,00%	0	0,00%	
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Pau d'Arco						
2021	66,67%	0,00%	0,15%	3	0,15%	33,33%
2022	52,38%	40,48%	2,10%	42	2,10%	47,62%
2023	50,00%	50,00%	1,75%	20	1,00%	50,00%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			1,40%	0	0,00%	
Recife						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	20,83%	22,22%	2,45%	72	3,60%	79,17%
2023	28,57%	28,57%	3,35%	28	1,40%	71,43%
2024	70,91%	21,80%	2,75%	55	2,75%	29,09%
2025	52,50%	38,46%	3,90%	78	3,90%	47,44%
Total Geral	99,09%	44,07%	42,35%	742	37,16%	40,97%

Fonte: Planilha Quadrimestral – PERNAMBUCO – PNCT-PE, 2025.

Quadro 10. Resultados dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação definidos PORTARIA N° 571/2013 – municípios da MICRORREGIÃO II – 2021 – 2025

Rótulos de Linha	Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar da 4ª sessão	Paciente que deixaram de Fumar (%)	Proporção de usuários tabagistas cadastrados	Número de grupos de tratamento do tabagista realizados	Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo	Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento
Chã de Alegria						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	78,57%	61,43%	3,50%	70	3,50%	21,43%
2023	50,00%	10,00%	1,50%	30	1,50%	50,00%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025	0,00%	0,00%	0,25%	5	0,25%	100,00%
Chã Grande						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022			0,00%	0	0,00%	
2023			0,00%	0	0,00%	
2024	50,00%	37,50%	0,30%	8	0,40%	50,00%
2025	66,67%	66,67%	0,90%	12	0,60%	33,33%
Glória do Goitá						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	0,00%	0,00%	0,10%	2	0,10%	100,00%
2023	50,00%	50,00%	0,50%	6	0,30%	50,00%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025	56,25%	43,75%	0,80%	16	0,80%	43,75%
Pombos						
2021	0,00%	0,00%	0,10%	2	0,10%	100,00%
2022	9,09%	9,09%	0,55%	11	0,55%	90,91%
2023	0,00%	0,00%	0,30%	6	0,30%	100,00%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025	23,08%	0,00%	0,65%	13	0,65%	76,92%
São Lourenço da Mata						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022			0,00%	0	0,00%	
2023			0,00%	0	0,00%	
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Vitória de Santo Antão						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	62,50%	34,09%	4,75%	88	4,40%	37,50%
2023	88,89%	33,33%	3,75%	45	2,25%	11,11%
2024	50,00%	12,50%	0,40%	8	0,40%	50,00%
2025	78,38%	59,46%	1,85%	37	1,85%	21,62%
Total Geral	62,95%	37,88%	20,20%	359	17,95%	37,05%

Fonte: Planilha Quadrimestral –PERNAMBUCO – PNCT-PE, 2025.

Quadro 11. Resultados dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação definidos PORTARIA N° 571/2013 – municípios da MICRORREGIÃO III – 2021 – 2025

Rótulos de Linha	Paciente que foram atendidos na 1ª avaliação clínica e chegaram a participar da 4ª sessão	Paciente que deixaram de Fumar (%)	Proporção de usuários tabagistas cadastrados	Número de grupos de tratamento do tabagista realizados	Proporção de usuários tabagistas participantes de atendimento em grupo	Proporção de fumantes que abandonaram o tratamento
Cabo de SantoAugustinho						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022			0,00%	0	0,00%	
2023			0,00%	0	0,00%	
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Ipojuca						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	122,22%	122,22%	1,50%	18	0,90%	-22,22%
2023	55,00%	55,00%	1,00%	20	1,00%	45,00%
2024			0,00%	0	0,00%	
2025			0,00%	0	0,00%	
Jaboatão dos Guararapes						
2021	48,44%	21,88%	3,20%	64	3,20%	51,56%
2022	49,60%	29,60%	16,70%	250	12,50%	50,40%
2023	51,79%	25,00%	6,95%	112	5,60%	48,21%
2024	50,00%	30,65%	3,80%	62	3,10%	50,00%
2025			0,00%	0	0,00%	
Moreno						
2021			0,00%	0	0,00%	
2022	59,38%	35,94%	2,60%	64	3,20%	40,63%
2023	64,29%	50,00%	1,40%	56	2,80%	35,71%
2024	61,76%	8,82%	1,70%	34	1,70%	38,24%
2025	72,73%	25,00%	2,20%	44	2,20%	27,27%
Total Geral	55,80%	32,18%	41,05%	724	36,20%	44,20%

Fonte: Planilha Quadrimestral –PERNAMBUCO – PNCT-PE, 2025.

Os resultados descritos nos quadros acima e que se referem aos indicadores propostos pelo MS para monitoramento e avaliação do tratamento do tabagismo nos municípios, demonstram que houve aumento na captação / procura dos usuários

ao serviço de tratamento, medida pelos dados de “pacientes atendidos na 1ª avaliação clínica”.

Todavia, os dados demonstram que nas três microrregiões de saúde, o resultado de efetividade “pessoas que deixaram de fumar”, estão abaixo de 50%, com algumas exceções por ano em alguns municípios. Mas, de modo geral, precisa-se investir esforços para aumentar a efetividade do tratamento, sobretudo pela falta de se saber dos desafios para que o paciente decida participar do programa. Logo, é fundamental não “perder” esta oportunidade da adesão. Isto também está evidenciado nos dados sobre desistência do programa. Precisa-se reduzir a proporção de pacientes que abandonam o tratamento em todas as microrregiões.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A coordenação das políticas voltadas à prevenção e tratamento do tabagismo no Brasil é realizada pelo INCA e tem se demonstrado ser efetiva, sobretudo por sua capacidade de instituir leis e normas para seu uso e comercialização; pela integração e intersorização e suas ações; pela diminuição da prevalência e mortalidade das causas relacionadas à doença; e pelo aumento da oferta de serviços na Rede de Tratamento desta doença em todos países ¹⁵.

A sensibilização e captação de usuários tabagistas interessados no tratamento são fundamentais para a formação de grupos de tratamento eficazes. Para aumentar o número de pessoas dispostas a buscar ajuda, é essencial sistematizar e ampliar os processos de sensibilização e captação em diferentes ambientes. Isso pode ser feito utilizando recursos tecnológicos e de comunicação diversificados, visando estabelecer contato e superar as barreiras que impedem a decisão de iniciar o tratamento.

Os municípios e profissionais de saúde podem fazer maior uso das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) para promover estratégias de prevenção, sobretudo junto aos adolescentes

para evitar o início do hábito de fumar. Mas também pode ser enorme aliado na captação de usuários interessados no tratamento, inclusive com a formação de grupos de tratamento em ambientes fora da unidade de saúde, sobretudo com alunos do ensino médio e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Recomendamos a criação de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) ou Fóruns Intersetoriais nos municípios, com participação de diversos setores da sociedade, além da saúde e da educação, interessados no tema, como igrejas, empresas, associações comunitárias, associações esportivas, organizações sociais, grupos organizados, etc ¹⁶.

Sugerimos fortalecer o processo de acompanhamento, monitoramento e avaliação nos âmbitos municipal, regional e estadual, individualizando o processo de acompanhamento, evitando a evasão e possibilitando equidade nas necessidades individuais no processo de tratamento e participação nos grupos.

É fundamental a realização de mudanças no fluxo e periodicidade da solicitação de insumos e medicamentos para o funcionamento dos grupos de tratamento junto ao INCA. Isto porque as solicitações quadrimestrais dificultam o acesso de novos grupos a iniciar as atividades do tratamento, mesmo não sendo à medicação elemento primordial no processo.

Sugere-se a formação de grupo de tratamento com funcionamento online, utilizando ferramentas do Telessaúde Redes, possibilitando a participação de usuários com maior resistência à procura de serviços de saúde e de participação em grupos terapêuticos presenciais. Seja por resistência, estigma ou até mesmo pela incompatibilidade de tempo com o horário de funcionamento das unidades de saúde.

Recomenda-se oferecer alternativas como a aplicação das Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) e acompanhamento da Equipe Multiprofissional (E-multi) junto ao tratamento convencional protocolado pelo INCA, a exemplo das

estratégias terapêuticas alternativas utilizadas pelo município de Recife.

No que se refere à formação dos profissionais especificamente para o tratamento do tabagismo, com base no protocolo do INCA, é importante refletir que se trata de habilidades de cunho teórico, mas também humanos e procedimentais de condução de terapias em grupo e de escuta. Compreende-se a necessidade de formação de multiplicadores em nível local para que esta formação seja híbrida e possibilite momentos de prática, com troca de experiências com outros profissionais e possibilite vivências na condução de tratamento em grupos terapêuticos. Não basta apenas o compartilhamento online de conteúdos e conhecimentos teóricos.

Considerando a importância epidemiológica do tabagismo na população e os custos inerentes ao tratamento de vários tipos de câncer e outras doenças, sugerimos a implantação de incentivo financeiros do MS às eSF que ofertarem tratamento de tabagismo, com avaliação de seus resultados, com vistas a melhorar a captação de usuários interessados, em ampliar a oferta do serviço para 100% das equipes e aumentar o número de pessoas que deixam de fumar.

Notoriamente a atividade física ajuda também as pessoas a deixarem de fumar pelos propósitos de saúde comuns a ambas. Neste sentido, sugerimos a formação de grupos de tratamento em espaços da Academia da Saúde ou equivalentes, com formação dos profissionais de Educação Física e demais profissionais da e-Multi.

Os grupos de apoio desempenham um papel fundamental no tratamento e na prevenção do tabagismo. Esses grupos oferecem um ambiente de apoio e motivação, onde os indivíduos podem compartilhar experiências e receber orientação e apoio para superar a dependência. A ampliação dos grupos trás, não só para o indivíduo, mas para o coletivo social, uma melhor qualidade de vida e a redução nas incidências de doenças prevalentes nas pessoas fumantes ou nos fumantes passivos.

Multiplicar a experiência do município da Ilha de Itamaracá em incentivar a participação popular nas ações de controle, com programa de voluntariado com pessoas que pararam de fumar incentivando outra a deixarem à participação em grupos de tratamento. Bem como dos municípios de Bonança e de Betânia que respectivamente, sua experiência de incentivar a criação de grupos desde mesmo a sala de espera USF, e a experiência em fazer uso de mídias de comunicação de massa, com entrevistas de usuários voluntários falando sobre sua experiência no tratamento e seus avanços no processo. Nos três casos, as experiências exitosas apontam para a necessidade de envolver a população no processo da oferta de tratamento do tabagismo.

É necessário medidas estruturais no processo de trabalho das equipes e o registro dos atendimentos. Sugere-se melhorar e qualificar o Registro das atividades do tratamento do tabagismo e o da planilha quadrimestral de envio de solicitação ao INCA, incluindo-os no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), em atualização do software da estratégia e-SUS APS no Brasil, utilizado para o armazenando do histórico de saúde dos cidadãos e que permitindo o registro de atendimentos, vacinação e outras ações de saúde na Atenção Primária. A utilização do PEC para o registro automático dos atendimentos aos usuários otimizará o processo de trabalhos dos profissionais de saúde, além de prevenir erros no registro e favorecer a consulta do histórico do tratamento por outros profissionais de saúde, quando necessário.

E em cumprimento ao que está definido na PORTARIA Nº 571/2013, em seu Parágrafo único: “As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que disponham de sistemas informatizados para gerenciamento de medicamentos, entre eles o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), poderão extrair os dados a partir deste sistema” ⁷. Esta medida evitará o retrabalho com envio de planilha e diminuirá a possibilidade de erros nos dados ou com a falta do envio em tempo hábil.

Em atendimento ao se define na PORTARIA Nº 571/2013, sobre o processo de monitoramento e avaliação dos indicadores sugeridos, será necessário fazer levantamento do número de tabagistas nos territórios de atenção básica, bem como fazer o cálculo de estimativa de tabagismo de cada um desses territórios, em cada município.

Sem a pretensão de restringir as possibilidades, recomenda-se ainda:

- Necessidade de ampliar a formação de grupos e a oferta do tratamento em todas as ESF e demais Unidades Básicas, CAPS, Policlínicas e ambiente Hospitalar (usuários e trabalhadores, sobretudo em hospitais com paciente em longa permanência);
- Incentivar a formação de grupo e oferta do tratamento para os trabalhadores da saúde;
- Necessidade de implantação de Fórum Intersetorial de Controle do Tabagismo nos municípios; e
- Necessidade de fortalecer as ações preventivas no ambiente escolar e nos ambientes de trabalho;

Por fim, compreendemos que a oferta do tratamento do tabagismo precisa se alinha aos tempos e a forma da população viver atualmente, precisamos ofertar a adesão e participação de grupos on-line ou híbridos em que pessoas que desejam parar de fumar, mas não tenham tempo oportuno ou que não queira se expor, por timidez ou outros motivos, consigam ter acesso ao protocolo de tratamento, sem necessariamente ir presencialmente para a unidade de saúde. Possam acessar o tratamento, ao trabalho em grupo, dentro da conveniência até de seu dia a dia. Pela importância e influência que as redes sociais e grupos on-line exercem hoje sobre a vidas das pessoas.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. Available at: <<https://icd.who.int/en>> e Access in: 20 de Set. 2025.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco. Available at: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>>. Access in: 20 Set. 2025.
3. Martins S. R. Nicotina: o que sabemos? Nota técnica sobre a nicotina. ACT Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: 2022. 48p. Disponível em: <<https://actbr.org.br/uploads/arquivos/ACT-Nicotina-Nota-Tecnica-%284%29.pdf>>. Acesso em: 20 de Set. 2025.
4. Malta Deborah Carvalho; et al. SCIMAGO INSTITUTIONS Rankings 2025. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Ldk3Ppq-7Q4bSHt4TmthTyKh/?lang=pt>>. Acesso em: 23 Set. 2025.
5. Drope J. et al. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018. Disponível em:<<https://tobaccoatlas.org/topic/deaths>>. Acesso em: 20 Set. 2025.
6. Brasília Radio Agência, 2025. Oussama El Ghaouri, - Dados mostram crescimento de 25% no número de fumantes no Brasil. Disponível em<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2025-05/dados-mostrar-crescimento-de-25-no-numero-de-fumantes-no-brasil>> . Acesso em: 23 Set. 2025.
7. Szklo André Salem Szklo; Mendes Felipe Lacerda Mendes; Viégas João Ricardo, 2025. Instituto Nacional do Câncer (INCA). A Conta que a Indústria do Tabaco Rev. Bras. Cancerol. 2025; 71(2): e-245129. Disponível em:<<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/5129/4001>>. Acesso em: 21 Set. 2025.
8. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2025. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de Risco do Câncer em Pernambuco - PNCT-PE. Relatórios Quadrimestrais, 2021-2025). Documento analisado em 25 de Set de 2025.
9. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013 (Ministério da Saúde do Brasil). Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 23/09/2025.
10. World Heath organization, 2025. - Tabaco - The global standard for

- diagnostic health information. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobaccoe> Access in: 20 de Set. 2025.
11. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2025. Mapa da Saúde – Macrorregião I. Disponível em: <https://esppe.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/266375/mod_resource/content/1/MAPA%20MACRORREGIONAL%20-%20I%20MACRO.pdf> . Acesso em: 22 Set. 2025.
 12. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2025. Plano Regional da Rede Alyne (I GERES), 2025.
 13. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2024-2027 / Secretaria Estadual de Saúde. – Recife: A Secretaria, 2021. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2025/04/plano_estadual_de_saude_pes_2024_2027.docx%20%281%29.pdf>. Acesso em: 24/09/2025.
 14. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Manual do coordenador / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – 2. ed., 7. reimpr. – Rio de Janeiro: Inca, 2019. 49 p. : il. – (Deixando de fumar sem mistérios) Tradução de: Freshstart ISBN 978-85-7318-092-3. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-coordenador-deixando-de-fumar-sem-misterio.pdf>>. Acesso em: 28/09/2025.
 15. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde : manual do participante – sessão 1 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância ; coordenação de elaboração Tânia Maria Cavalcante. – 2. ed., 8. reimpr. – Rio de Janeiro : Inca, 2019. 12 p. : il. – (Deixando de fumar sem mistérios) ISBN 85-7318-094-3. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-participante-deixando-de-fumar-sessao-01.pdf>>. Acesso em: 28/09/2025.
 16. Ministério da Saúde do Brasil, 2004. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS. Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação Manual de Operação. Disponível em: <<https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/oncologia/abordagemTabagismo.pdf>> . Acesso em: 28/09/2025.
 17. Biodiversidade Brasileira – Revista Científica, 2024 - Normas para citação e referências. Disponível em: <https://www.gov.br/icmbio/pt-br/assuntos/pesquisa/copy_of_Normasparacitacaoereferencias.pdf>. Acesso em: 05/10/2025.

O QR Code abaixo leva a uma relação de Unidades de Saúde dos municípios da I GERES que ofertam tratamento de tabagismo:



03

INTEGRAÇÃO
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
E ATENÇÃO PRIMÁRIA

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO (CISPE): ESTUDO DE CASO

Renan Carlos Freitas da Silva¹
Antonio Flaudiano Bem Leite¹
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos²

¹Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco,
Recife, Pernambuco

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 1
GOVERNANÇA E
PLANEJAMENTO
REGIONAL INTEGRADO

INTRODUÇÃO

A crescente complexidade dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde pública tem impulsionado a adoção de estratégias cada vez mais orientadas por dados, tecnologias digitais e metodologias analíticas avançadas. O aumento da frequência de emergências sanitárias, a intensificação das doenças crônicas e a persistência das desigualdades sociais demandam respostas mais rápidas, precisas e sustentáveis por parte dos gestores públicos. Nesse cenário, a inteligência em saúde consolida-se como ferramenta estratégica

Palavras-chave: Inteligência em Saúde; Saúde Pública; Tomada de decisão; Sistema Único de Saúde; Pernambuco.

para modernizar a gestão, integrando informações relevantes, promovendo análise situacional contínua e subsidiando decisões fundamentadas em evidências.

Entre os pilares dessa transformação, destaca-se a aplicação da inteligência artificial (IA), cuja incorporação crescente às práticas médicas e à saúde coletiva vem alterando paradigmas de atuação e intervenção. Conforme ressalta Lhotská¹, a IA oferece oportunidades significativas para ampliar a eficácia e a precisão na gestão de dados em saúde, embora imponha desafios éticos e técnicos que requerem sólida governança. No campo das aplicações clínicas e personalizadas, Hash² evidencia uso bem-sucedido de sistemas inteligentes no desenvolvimento de cuidados customizados, com potencial de adaptação ao planejamento em escala populacional. De forma complementar, Brdička⁴ aponta que a convergência entre tecnologias da informação e comunicação (TICs) e IA estão viabilizando sistemas de saúde mais proativos, capazes de antecipar riscos e responder de maneira ágil e eficiente.

A integração da IA ao setor público de saúde também vem sendo explorada sob a perspectiva da big data e da saúde ambiental. De acordo com Comess³, o uso de grandes volumes de dados na saúde pública pode gerar ganhos expressivos de escala e velocidade, especialmente quando apoiado por estruturas robustas de governança e infraestrutura tecnológica. Essa realidade reforça a necessidade de abordagens coordenadas para a gestão da informação e a criação de estruturas especializadas, como os Centros de Inteligência em Saúde (CIS)⁹.

Organizações internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde⁵⁻⁷, têm reiterado a relevância da transformação digital para o fortalecimento dos sistemas de saúde na Região das Américas. A OPAS⁶ destaca que esse processo deve ser conduzido de forma participativa e integrada, com investimentos em governança, interoperabilidade e capacitação técnica. O relatório *Data Journey Map*⁸ propõe um modelo co-

laborativo para a definição de requisitos de dados, essencial ao desenvolvimento de soluções em IA aplicadas à saúde pública. Ainda segundo a OPAS^{5,8}, a adoção dessas tecnologias deve estar alicerçada em marcos éticos, fortalecimento institucional e regulamentação clara, assegurando aderência aos princípios de equidade, acesso universal e proteção de dados.

Nesse contexto, a criação do Centro de Inteligência em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (CIS-PE) constitui uma resposta concreta aos desafios contemporâneos da gestão em saúde¹¹. O projeto tem como propósito estabelecer um ambiente digital e físico dedicado à coleta, integração, análise e disseminação de informações críticas para decisões estratégicas. Com infraestrutura de ponta e equipes multidisciplinares, o CIS-PE visa ampliar a capacidade do SUS-PE nas áreas de vigilância, resposta a emergências, alocação eficiente de recursos e formulação de políticas públicas baseadas em evidências.

Este estudo apresenta o estudo de caso de sua implantação, descrevendo a estrutura, as etapas metodológicas, os resultados esperados e as contribuições potenciais para o fortalecimento da inteligência em saúde no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Este artigo adota o delineamento de estudo de caso descritivo e exploratório, com enfoque qualitativo, voltado à compreensão detalhada do processo de implantação do Centro de Inteligência em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (CIS-PE). O estudo de caso é uma abordagem metodológica amplamente utilizada na análise de políticas públicas e de inovações institucionais, pois permite investigar fenômenos complexos em contextos reais.

A investigação foi estruturada em três eixos metodológicos principais:

Análise Documental

Foi realizada uma análise minuciosa dos documentos institucionais oficiais produzidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), incluindo o *Projeto de Implantação – CIS-PE (2025)*. Essa análise permitiu mapear os objetivos estratégicos do projeto, sua estrutura organizacional, os núcleos temáticos definidos, o cronograma de execução, os recursos humanos e tecnológicos envolvidos, bem como os indicadores esperados de sucesso.

Documentos complementares, como portarias internas, apresentações institucionais e normativas associadas à transformação digital na saúde, também foram utilizados para contextualizar o desenvolvimento do CIS-PE no âmbito das diretrizes do SUS e das recomendações internacionais da OPAS/OMS.

Entrevistas com Informantes-Chave (fase qualitativa complementar)

Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com membros da equipe técnica envolvida na concepção e implementação do CIS-PE, incluindo gestores da SES-PE, analistas de dados, especialistas em vigilância em saúde e profissionais da área de tecnologia da informação. As entrevistas visaram captar percepções sobre os fatores facilitadores e os desafios enfrentados na construção do centro, bem como os critérios técnicos utilizados na escolha das ferramentas de análise e infraestrutura digital.

As entrevistas foram analisadas por meio de codificação temática, buscando identificar padrões de discurso sobre governança, integração de dados e capacidade institucional.

Avaliação Estrutural e Operacional

A metodologia também compreendeu o exame da infraestrutura física e tecnológica proposta para o CIS-PE, incluindo:

- especificações de equipamentos e sistemas (como vídeo walls, servidores e painéis de monitoramento);
- planta arquitetônica funcional dos espaços operacionais (sala de situação, sala de crise, ilhas analíticas); e
- fluxos de produção da informação e sua integração com o processo decisório da SES-PE.

A triangulação das fontes (documentos, entrevistas e evidências estruturais) permitiu a construção de uma narrativa robusta sobre o processo de implantação do centro, com base em evidências empíricas e alinhamento teórico com os referenciais de inteligência em saúde pública^{5,7}.

Limitações

Este estudo está limitado à fase de implantação do CIS-PE, não incluindo avaliação de impacto após sua operação plena. Futuras pesquisas poderão aprofundar os efeitos da atuação do centro na melhoria dos indicadores de saúde e na capacidade de resposta do estado a emergências sanitárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do Centro de Inteligência em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (CIS-PE) resultou em avanços concretos na organização estratégica, tecnológica e analítica da Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE). Os resultados obtidos até o momento refletem a consolidação de uma estrutura técnica e institucional voltada à integração de dados, análise situacional e apoio à tomada de decisão baseada em evidências.

Os principais resultados observados podem ser agrupados em cinco categorias:

Estruturação Institucional e Definição Estratégica

O CIS-PE foi oficialmente concebido com missão, visão de futuro e objetivos estratégicos claramente definidos, alinhando-

-se às diretrizes de transformação digital da saúde pública defendidas por organismos internacionais^{6,7}. A missão do centro é produzir soluções inovadoras baseadas em evidências por meio da integração de dados e conhecimentos multidisciplinares, com foco na melhoria da saúde da população pernambucana.

A estrutura de governança estabelecida inclui:

- Um **comitê gestor**, responsável pela deliberação estratégica e definição de prioridades temáticas;
- Uma **coordenação técnica**, encarregada da operação analítica, vigilância e produção de relatórios;
- E núcleos técnicos integrados às Secretarias Executivas da SES-PE, assegurando articulação entre as áreas finalísticas.

Definição de Núcleos Temáticos Prioritários

Com base no diagnóstico situacional do estado e nas demandas sanitárias mais sensíveis, foram definidos núcleos temáticos prioritários, que nortearão a atuação analítica do CIS-PE:

- Vigilância de arboviroses e vírus respiratórios;
- Ocupação de leitos e rede materno-infantil;
- Segurança no trânsito e desastres;
- Emergências climáticas (ondas de calor, estiagens);
- Gestão do trabalho em saúde e força de trabalho do SUS.

Essa priorização temática visa garantir foco analítico e respostas dirigidas aos principais determinantes da morbimortalidade no estado.

Infraestrutura Física e Tecnológica Implantada

Foi concluída a implementação de uma infraestrutura física e tecnológica robusta, adequada às exigências de operação de um centro de inteligência:

- *Salão de Operações de Monitoramento* com estrutura em ilhas e painéis visuais (vídeo wall);

- *Salas de crise e de reuniões estratégicas;*
- *Equipamentos de ponta*, incluindo computadores de alto desempenho, monitores de 75 polegadas, projetores multimídia, e sistemas de videoconferência;
- *Pontos de lógica e elétrica* planejados para suportar expansão e atualização contínua.

Essa estrutura permite o funcionamento de um ambiente de monitoramento situacional em tempo real, com suporte a reuniões técnicas e gestão de crises em saúde pública.

Equipe Multidisciplinar Recrutada

O CIS-PE conta com uma equipe especializada e multidisciplinar composta por:

- Epidemiologistas;
- Estatísticos e cientistas de dados;
- Engenheiros de dados e analistas de sistemas;
- Profissionais de saúde pública e especialistas em políticas de saúde.

A formação dessa equipe garante a capacidade analítica necessária para o processamento, modelagem e visualização de dados, bem como a formulação de recomendações estratégicas fundamentadas.

Desenvolvimento do Fluxo de Informação e Indicadores de Sucesso

Foram definidos fluxos de produção da informação que integram bases de dados locais, estaduais e nacionais, incluindo indicadores epidemiológicos, hospitalares, demográficos e sociais. Esses fluxos alimentam dashboards interativos e painéis de visualização para uso dos gestores da SES-PE.

Além disso, foram estabelecidos indicadores de sucesso que permitirão avaliar o desempenho do CIS-PE ao longo do tempo, tais como:

- Redução no tempo de resposta a emergências em saúde;
- Aderência dos gestores ao uso de painéis e ferramentas analíticas;
- Impacto nos indicadores de saúde populacional, a partir de decisões orientadas por dados.

A implantação do Centro de Inteligência em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (CIS-PE) representa um avanço estratégico na modernização da gestão pública em saúde, alinhando-se a tendências internacionais de uso de dados massivos, inteligência artificial (IA) e transformação digital como instrumentos de fortalecimento institucional. A experiência pernambucana confirma que a constituição de centros de inteligência não apenas viabiliza análises preditivas e vigilância situacional em tempo real, mas também contribui para uma cultura decisória mais baseada em evidências — elemento central para a eficiência, transparência e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

O desenho institucional do CIS-PE está em consonância com as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde^{5,7}, que orientam os países da Região das Américas a adotarem estratégias integradas de dados e IA para melhorar a resposta aos desafios sanitários contemporâneos. O estabelecimento de uma governança clara, com comitê gestor e coordenação técnica, e a articulação com as Secretarias Executivas da SES-PE, constituem um diferencial importante ao assegurar transversalidade e legitimidade no uso da informação para a formulação de políticas públicas.

A infraestrutura física e tecnológica implantada também se destaca por atender às exigências de um ambiente moderno de análise situacional, com salas de crise, ilhas analíticas e painéis digitais (video wall), refletindo boas práticas internacionais na organização de centros de comando em saúde pública¹². Esses espaços não apenas facilitam a resposta a surtos e emergências, como também funcionam como ambientes de aprendizado e formação contínua de gestores.

Outro aspecto relevante é a formação de uma equipe multidisciplinar especializada. Conforme apontado por Lhotská¹, a efetiva aplicação da IA em saúde depende da atuação sinérgica entre epidemiologistas, engenheiros de dados, cientistas da computação e gestores públicos — exatamente o perfil de equipe que o CIS-PE buscou reunir. A estruturação de fluxos integrados de dados, aliando fontes hospitalares, epidemiológicas e sociais, reflete o conceito de data journey map proposto pela OPAS⁸, no qual a cocriação de requisitos entre áreas técnicas é essencial para garantir que os sistemas de IA respondam a necessidades reais e prioritárias do território.

No entanto, o processo de implantação do CIS-PE também revelou desafios importantes. A articulação intersetorial, a padronização de bases de dados, a segurança da informação e a capacitação contínua das equipes ainda são áreas que demandam atenção. Tais desafios não são exclusivos de Pernambuco; estudos como o de Comess³ já apontam que a consolidação de ambientes de big data em saúde pública requer não apenas tecnologia, mas também processos institucionais estáveis e investimentos sustentáveis em capacitação e infraestrutura.

Outro ponto crítico diz respeito à aderência dos gestores ao uso das ferramentas desenvolvidas. A transformação digital só será efetiva se as ferramentas analíticas forem compreendidas, utilizadas e incorporadas à rotina de gestão. Como alertam Hash², a interface entre tecnologia e usuário final é determinante para o sucesso das aplicações de IA — especialmente em contextos de decisão rápida e alocação de recursos críticos.

Por fim, destaca-se que o CIS-PE ainda está em sua fase inicial de operação. Embora os primeiros resultados sejam promissores, será necessário acompanhar sua evolução a médio e longo prazo para avaliar de forma mais robusta os impactos sobre os indicadores de saúde e sobre a capacidade de resposta do sistema estadual. Futuras avaliações de impacto poderão utilizar métodos quantitativos complementares, como séries

temporais interrompidas ou análise de eficiência técnica baseada em dados reais.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A implantação do Centro de Inteligência em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (CIS-PE) configura uma iniciativa inovadora e estratégica, alinhada às demandas contemporâneas por gestão pública mais eficiente, ágil e baseada em evidências. O estudo de caso revelou que o CIS-PE, ao combinar infraestrutura tecnológica de ponta, equipe multidisciplinar qualificada e governança articulada, estabelece uma base sólida para o monitoramento situacional contínuo e a tomada de decisões informadas no âmbito do SUS-PE.

A experiência pernambucana mostra que a criação de centros de inteligência em saúde pública é viável e desejável em contextos subnacionais, desde que apoiada por planejamento estratégico, investimentos sustentáveis e articulação institucional. A definição de núcleos temáticos, a integração de bases de dados locais, estaduais e nacionais, e a operacionalização de painéis analíticos interativos constituem práticas replicáveis em outras unidades federativas do Brasil e da América Latina.

O CIS-PE contribui para consolidar uma nova cultura institucional no setor público: uma cultura orientada por dados, capaz de antecipar cenários, responder a crises e formular políticas públicas mais eficazes. Essa transformação é especialmente relevante diante de um cenário global marcado por emergências sanitárias, eventos climáticos extremos e crescentes desigualdades em saúde.

No entanto, os desafios persistem. O fortalecimento da cultura do uso de dados, a formação continuada das equipes e a interoperabilidade entre sistemas ainda exigem atenção e investimento. A adesão dos gestores ao uso das ferramentas analíticas será um dos principais fatores determinantes do sucesso do CIS-PE em médio e longo prazos.

Finalmente, este estudo reforça a necessidade de novas

pesquisas que avaliem os impactos concretos dos centros de inteligência sobre os indicadores de saúde populacional e sobre a efetividade da gestão pública. Tais análises poderão contribuir para o aprimoramento do modelo implantado em Pernambuco e oferecer subsídios para sua expansão nacional.

REFERÊNCIAS

1. Lhotská L. Artificial intelligence in medicine and healthcare: Opportunity and/or threat. *Cas Lek Cesk.* 2024;162(7-8):275-8. PMID: 38981711.
2. Hash MG, Forsyth A, Coleman BA, Li V, Vinagolu-Baur J, Frasier KM. Artificial Intelligence in the Evolution of Customized Skin-care Regimens. *Cureus.* 2025 Apr 18;17(4):e82510. Doi: 10.7759/cureus.82510. PMID: 40385841; PMCID: PMC12085869.
3. Comess S, Akbay A, Vasiliou M, Hines RN, Joppa L, Vasiliou V, et al. Bringing Big Data to Bear in Environmental Public Health: Challenges and Recommendations. *Front Artif Intell.* 2020 May 15;3:31. Doi: 10.3389/frai.2020.00031. PMID: 33184612; PMCID: PMC7654840.
4. Brdička R. Artificial intelligence and modern information and communication technologies entering medicine. *Cas Lek Cesk.* 2019;158(2):87-91. PMID: 31109170.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. La inteligencia artificial em la salud pública [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2020.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunión sobre la transformación digital del sector de la salud em la Región de las Américas. Ciudad de Panamá, del 14 al 16 de noviembre del 2022 [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2022.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Data journey map: a process for co-creating data requirements for health care artificial intelligence [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2023.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Inteligência artificial [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2023.
9. Ministério da Saúde do Brasil. Manual de Implantação de Centros de Inteligência em Saúde Pública. Brasília: MS; 2023.
10. Moraes F, et al. A inteligência em saúde como ferramenta de gestão no SUS. *Ver Bras Saúde Pública.* 2022;56(3):214-29.
11. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Projeto de Implantação – Centro de Inteligência em Saúde – CIS-PE. Recife: SES/PE; 2025.
12. World Health Organization. Public Health Intelligence Toolkit [Internet]. Geneva: WHO; 2021

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROCESSOS ADOTADOS E EXPERIÊNCIAS CONSTRUÍDAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Luciana Garcia Figueiroa Ferreira

Rodrigo Cardoso dos Santos

Rafaela Niels da Silva

Iris Edná Pereira da Silva

Renan Carlos Freitas da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Diretoria de Atenção
Primária em Saúde, Recife, Pernambuco

TEMA 1
GOVERNANÇA E
PLANEJAMENTO
REGIONAL INTEGRADO

INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) privilegiou o manejo de condições agudas, centradas em práticas medicalizantes e hegemônicas. Com o fenômeno da sobreposição epidemiológica a partir do final do século XX e das primeiras décadas do século XXI, e a transição no perfil saúde-doença da população brasileira, com aumento de agravos crônicos, associado às dinâmicas de envelhecimento populacional, o sistema de saúde brasileiro foi pressionado a pensar outras formas de organização que dessem conta de superar os modelos fragmentados de cuidado¹⁻⁴.

Palavras-chave: Sistemas de Planificação. Metodologia. Processo de Trabalho em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Atenção Secundária à Saúde.

Nesse contexto, a proposta de organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como um conjunto de serviços organizados por atenção contínua e integral, relacionados por elementos cooperativos e resolutivos ganha força como modelo mais sustentável para o SUS. Preconiza, como elemento fundamental, a articulação entre Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e coordenadora das Redes, às demais ações e serviços, sobretudo na interface com a Atenção Especializada (AE)^{2,3}.

Apesar dos avanços na construção de um sistema de saúde que efetive os princípios da universalidade, integralidade e equidade, persistem desafios no tocante à qualificação do cuidado e dos processos de trabalho que perpassam as rotinas das equipes. Para fortalecer e apoiar o escopo de ações desenvolvidas no âmbito dos macroprocessos da APS e desenvolver a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde, surge a Planificação da Atenção à Saúde (PAS)⁵.

A PAS é uma proposta de caráter teórico-metodológico e técnico-gerencial que se desenvolve no contexto das RAS. Objetiva apoiar o conjunto de atores das secretarias de saúde e do território para a organização dos processos de trabalho das equipes, adotando como referencial teórico e metodológico o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Para além disso, incide diretamente sobre as discussões e mudanças do “*modus operandi*” das equipes e serviços, enfatizando a articulação entre APS e AE^{1,5}.

A partir disso, o objetivo do presente relato é apresentar os processos adotados e experiências construídas no estado de Pernambuco a partir da implementação da Planificação da Atenção à Saúde em quatro regiões de saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) estabeleceu em 2023 e 2024 parcerias entre o Conselho Nacio-

nal de Secretários de Saúde (CONASS), a Associação UMANE, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) para implantação da Planificação da Atenção à Saúde como projeto. A abrangência envolveu quatro regiões de saúde distribuídas em duas macrorregiões, conforme detalhado: VI, X e XI regiões, vinculadas à III Macrorregião (Sertão), com o conjunto de 35 municípios e população de aproximadamente 840 mil habitantes; IV região de saúde, vinculada à II Macrorregião (Fase 3), que agrega 32 municípios com população de aproximadamente 1.340.000 milhões de habitantes, com o objetivo de desenvolver inovações ao cuidado da saúde da população em articulação entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada.

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) estabeleceu em 2023 uma parceria entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Associação UMANE e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), para implantação da Planificação da Atenção à Saúde como projeto em 4 regiões de saúde do estado, com o objetivo de desenvolver inovações ao cuidado da saúde da população em articulação entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada.

As seções seguintes se destinam a apresentar o escopo de ações estratégicas, técnicas e operacionais que foram adotadas para implementação da PAS nos territórios pernambucanos, a partir dos processos de articulação e pactuação entre a SES-PE, as instituições proponentes do Projeto (CONASS e UMANE) e os atores dos territórios.

Processos decisórios e operacionais

As regiões de saúde definidas para implementação da PAS foram distribuídas entre a IV região (II Macrorregião) e VI, X e XI regiões (III Macrorregião) de saúde, com sede nos municípios de Caruaru e Serra Talhada, respectivamente. As regiões

foram definidas a partir de critérios técnicos, epidemiológicos e sanitários, além do interesse na adesão por parte das regiões de saúde. A Tabela 1 apresenta o desenho da distribuição e o quantitativo geral de municípios envolvidos na Planificação.

Tabela 1. Desenho da distribuição regional da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no estado. Pernambuco, 2025.

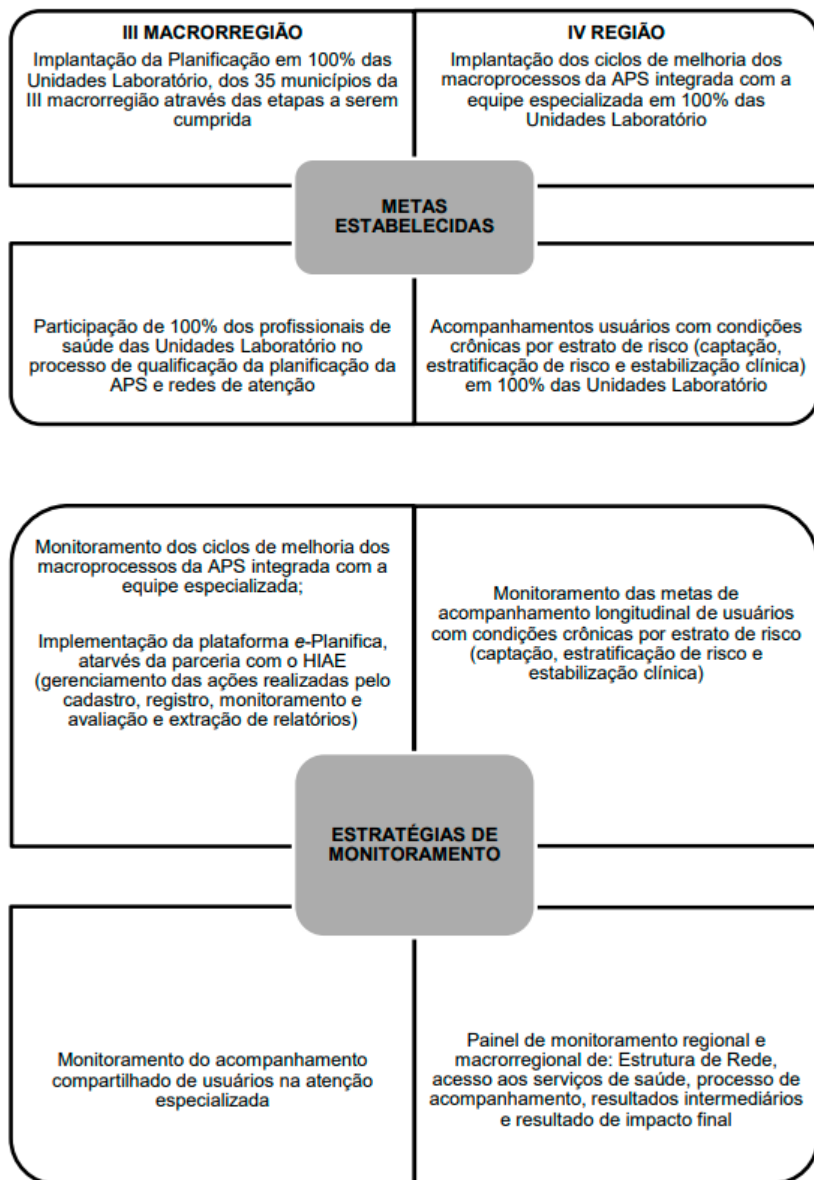
DESENHO TERRITORIAL			
REGIÕES DE SAÚDE (MUNICÍPIO SEDE)	NÚMERO DE MUNICÍPIOS DA REGIÃO	NÚMERO DE MUNICÍPIOS INCORPORADOS NA PLANIFICAÇÃO	% DE INCORPORAÇÃO
IV (Caruaru)	32	32	100%
VI (Arcoverde)	13	13	100%
X (Afogados da Ingazeira)	12	12	100%
XI (Serra Talhada)	10	10	100%
TOTAL	67	67	100%

Fonte: Elaboração própria

Destaca-se que a implementação da PAS contemplou territórios com realidades sociodemográficas, políticas, culturais, epidemiológicas e sanitárias distintas, de modo a favorecer o alcance de diferentes cenários e representatividades territoriais.

A partir da definição dos territórios, foram conduzidos os processos de pactuação operacional envolvendo o nível central da SES-PE e os atores regionais. A Figura 1 sintetiza as metas estabelecidas para a implementação da PAS e as estratégias de monitoramento dos processos no âmbito das regiões de saúde contempladas.

Figura 1. Sistematização dos percursos institucionais e processos de trabalho adotados no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Pernambuco, 2025.



Fonte: Elaboração própria

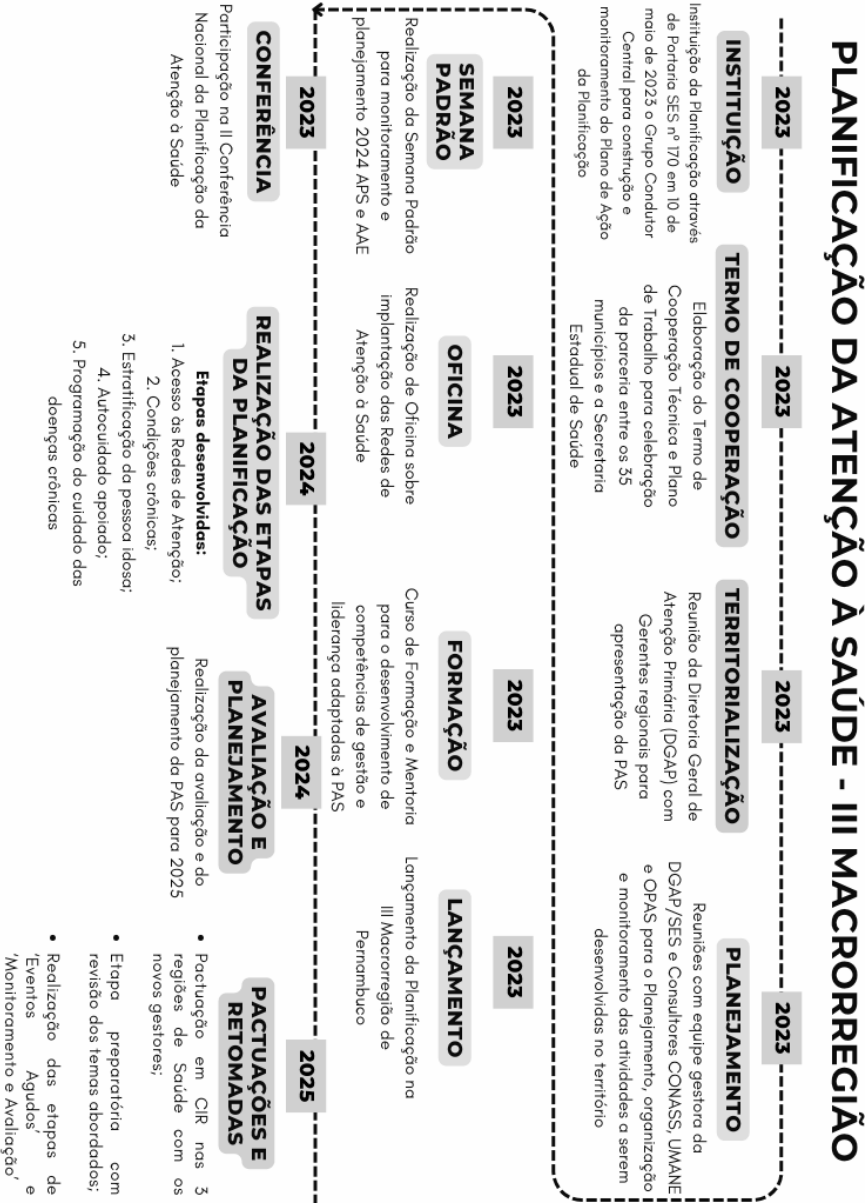
Desenvolvimento estratégico e caminhos adotados

Para o alcance das metas definidas houve o estabelecimento da cooperação técnica e gerencial entre as equipes das instituições parceiras para a organização dos macroprocessos e microprocessos da APS e da AAE, tendo por base o modelo de Construção Social da APS e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, que propõe conhecer a população residente, estratificar os riscos e avaliar as complexidades das condições de saúde, além do dimensionamento da oferta de serviços a partir das necessidades identificadas e da qualificação das intervenções^{6,7}.

A PAS estabeleceu mecanismos de relações entre diferentes atores de relevância para o planejamento e para a reflexão e mudança dos processos de trabalho. Sobressai, nesse contexto, a necessidade de pensar e estabelecer a organicidade dos macroprocessos da atenção à saúde, que concretizem o papel da APS como ordenadora das RAS, e o modo como se estabelece a articulação com a AE. A integração entre as equipes da APS e da AAE, enquanto prática de compartilhamento do cuidado, contribui significativamente para a integralidade da atenção, enquanto princípio doutrinário do SUS⁵.

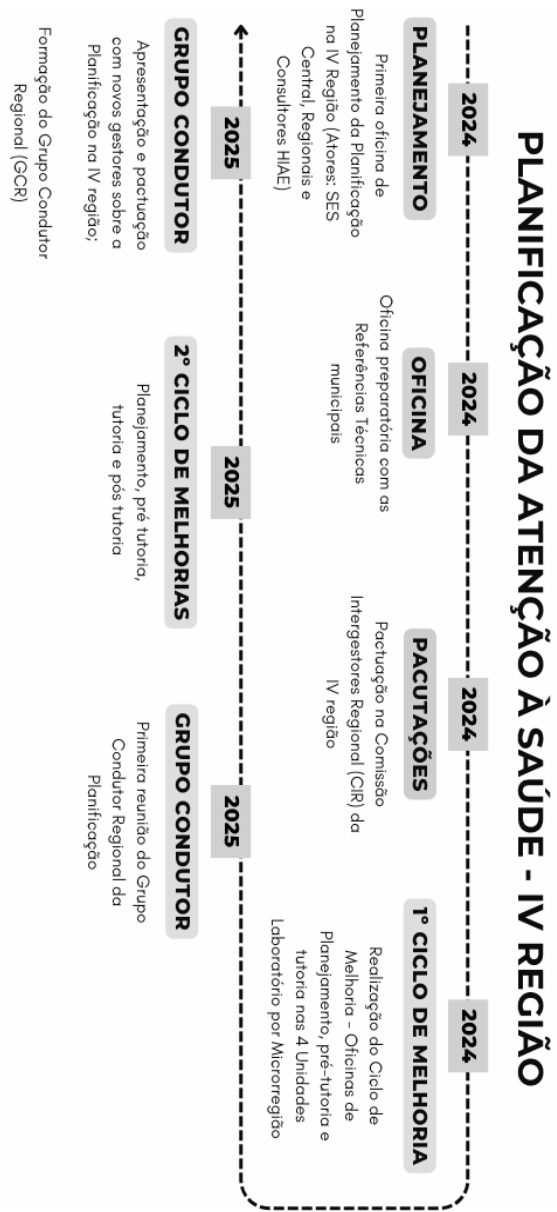
Para tanto, seguiu-se uma sequência estratégica de articulações e mobilizações junto aos atores envolvidos, no intuito de trazer maior coesão à implementação do Projeto, conforme apresentado nas Figura 2 e 3, que apresentam os caminhos percorridos de acordo com as regiões de saúde envolvidas.

Figura 2. Linha do tempo das ações desenvolvidas para implementação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na III Macrorregião de saúde, Pernambuco, 2025.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Linha do tempo das ações desenvolvidas para implementação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na IV região de saúde. Pernambuco, 2025.



Fonte: Elaboração própria.

A implantação da PAS nos 67 municípios está sendo realizada por meio de Ciclos de Melhorias organizados em fase de planejamento, operacional e de monitoramento e avaliação. As atividades de operacionalização correspondem à realização de workshops, oficinas tutoriais em unidades de APS e AAE e outras atividades complementares desenvolvidas.

A implantação da PAS na III Macrorregião e IV região de saúde está sendo realizada por meio de Ciclos de Melhorias organizados por etapas com momentos de pré-tutoria, tutorias e pós-tutorias e fases de planejamento, operacionalização e monitoramento e avaliação, respectivamente. As atividades de operacionalização correspondem à realização de workshops, oficinas tutoriais em unidades de APS e AAE e outras atividades complementares desenvolvidas.

Para o êxito da implementação, a PAS preconiza o envolvimento e compromisso dos profissionais da APS, da vigilância em saúde e demais profissionais da RAS atuantes no município, integrados às equipes que atuam no âmbito da AE. Em linhas gerais, demanda o empenho articulado e coordenado de todos os atores, ao passo em que propõe organizar o cuidado da população, com foco na saúde de grupos específicos, como gestantes, puérperas, crianças e pessoas com condições crônicas como hipertensão e diabetes. Assim, o desenho das RAS deve considerar arranjos integrados e resolutivos, baseados em critérios diagnósticos situacionais pertinentes ao contexto no qual fazem referência⁸⁻¹⁰.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A PAS tem se estabelecido como uma metodologia inovadora e potente para implementação nas regiões de saúde. A experiência em Pernambuco caminha no sentido de qualificar a organização dos serviços e promover a integração entre os diferentes níveis de atenção, com foco na resolutividade e na coordenação do cuidado. Evoca a mobilização e participação ativa das equipes de

APS e AE, com discussões voltadas aos macros e micro processos, amparados em tecnologias organizativas leves.

Por fim, os resultados demonstram que, mesmo diante de desafios estruturais e operacionais, é possível fortalecer a coordenação do cuidado, melhorar a integração entre os pontos da rede e ampliar a capacidade resolutiva da APS. Assim, a experiência pernambucana configura-se como referência para a consolidação de práticas inovadoras e sustentáveis no âmbito do SUS, com potencial de replicação em outros contextos regionais.

REFERÊNCIAS

1. Guerra S, Ferreira J, Gomes LB, Seidl H, Cruz VT, Merhy EE. Ações educacionais da Planificação da Atenção à Saúde: percepções dos profissionais em duas Regiões de Saúde do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2025;41(4):e00177724. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT177724>
2. Albuquerque AC de, Dubeux LS, Samico IC, Felisberto E, Guerra S, Marques P, et al.. Planificação da atenção à saúde: implantação dos macroprocessos de trabalho em quatro localidades brasileiras. *Trab educ saúde* [Internet]. 2023;21:02377230. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2377>
3. Tanaka OY, Akerman M, Louvison MCP, Bousquat A, Pinto NR da S, Meira ALP, et al. Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. *Rev. saúde pública* [Internet]. 1º de dezembro de 2023 [citado 26º de junho de 2025];57(Supl.3):1-15. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/219400>
4. Nicola T, Weis AH. Primary Health Care Planning workshops: construction and validation of an assessment instrument. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(6):e20190545. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0545>
5. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. PLANIFICASUS: Workshop 1 – A integração da Atenção Primária e da Atenção Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein/Ministério da Saúde; 2019. p. 23-9.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/

- Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010Aug;15(5):2297–305. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
 8. Chaves LA, Andrade EIG, Santos A de F dos. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2024Jun;29(6):e18392022. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.18392022>
 9. Almeida PF de, Vilasbôas ALQ, Ribeiro AMVB, Silva AN da, Casseti E. Transição entre Atenção Primária e Especializada no acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica: acesso restrito e cuidados descontínuos. *Saude soc* [Internet]. 2024;33(4):e230594pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230594pt>
 10. Guerra S, Ferreira J, Seidl H, Gomes LB, Cruz VT, Merhy EE. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00115021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115021>

GOVERNANÇA COLABORATIVA E CUIDADO: GRUPO TEA COMO ESTRATÉGIA PARA POLÍTICAS DE SAÚDE INCLUSIVAS E EFICAZES

Valdiza Nunes Aguiar Soares
Juno Pedro Albuquerque Almeida
Tatiana de Paula Santana da Silva
Roberta Gomes Menezes de Lima

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 1
GOVERNANÇA E
PLANEJAMENTO
REGIONAL INTEGRADO

INTRODUÇÃO

No SUS, a governança é discutida especialmente pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que envolvem diversos atores para responder coletivamente a desafios complexos na regionalização^{1,2}. O aumento dos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) trouxe desafios para a RAS na oferta de cuidados³. Apesar do avanço legal na proteção dos direitos do segmento, o acesso a diagnóstico e acompanhamento é difícil⁴⁻⁵.

Em Pernambuco, o TEA é um desafio emergente, com 105.852 pessoas diagnosticadas em 2022 (1,2% da população), sendo o 8º estado em número absoluto⁷⁻⁸. Especialistas alertam para subdiagnóstico, principalmente em áreas periféricas.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista – Políticas Públicas em Saúde – Controle Social Formal

Grupos de trabalho reúnem famílias, associações, profissionais e gestores para formular políticas alinhadas às necessidades das pessoas com TEA, reforçando governança participativa, diálogo e corresponsabilidade. Esses espaços fortalecem o controle social e a eficácia das políticas, conforme as Leis nº 12.764/12⁹ e nº 8.142/90¹⁰, que garantem a participação da sociedade na gestão do SUS. Pernambuco tem experiências positivas em governança colaborativa, mas ainda incipiente nas neurodiversidades.

Diante do exposto, o capítulo tem como objetivo relatar a implantação e desenvolvimento do Grupo de Trabalho sobre TEA (GT-TEA) como mecanismo de governança colaborativa na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES PE).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Esta pesquisa qualitativa, descritiva e reflexiva foi conduzida pela SES/PE via Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com TEA e Neurodiversidades (CASPTAN), de abril de 2024 até o presente, em Recife - PE.

O GT TEA iniciou em 2022, baseado no Relatório de Serviços Públicos para TEA em Pernambuco, mas foi pausado e retomado em 2024, formalizado pela Portaria SES/PE nº 302/2024¹¹, atualizada em junho de 2025.

Os objetivos do GT foram: elaborar projetos para cooperação institucional; fortalecer a Rede Estadual de Pessoas com Deficiência; implementar políticas públicas de cuidado ao TEA e familiares; ampliar serviços para diagnóstico, tratamento e reabilitação; e criar projetos de apoio às famílias.

No período mais recente, participaram representantes de diversos setores da SES-PE, sob a coordenação da Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET) e da CASPTAN, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 1. Participantes da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Sigla	Especificação do Participante
DGPE	Diretoria Geral de Políticas Estratégicas
CASPTEAN	Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades
CASPD	Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência
GASAM	Gerente de Atenção à Saúde Mental
DGAP	Gerência de Redes de Atenção à saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária
DGAIS	Coordenação de Pediatria - Diretoria Geral de Atenção Integral à Saúde
GEASC	Gerência de Saúde da Criança e do Adolescente
SERS	Gerência de Regulação Ambulatorial - Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
DGGP	Diretoria Geral de Gestão Participativa
ESPPE	Diretoria Geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Pernambuco
SEGTES	Diretoria Geral de Políticas e Dimensionamento do Trabalho - Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação do Servidor

Fonte: Autoria própria

O GT atuou por meio de reuniões mensais, com pautas baseadas em discussões coletivas das áreas técnicas, demandas territoriais, Lei nº 12.764/20129 e recomendações de órgãos de controle. Foram usadas metodologias ativas como rodas de diálogo, painéis e mapas conceituais, além das atas que documentam o processo.

O GT também articulou e monitorou ações do Programa Pernambuco Acessível, garantindo transversalidade e intersectorialidade nas políticas de inclusão. Seus principais produtos estão em três categorias: formação profissional; análise situacional e cuidado ao TEA; e intersectorialidade no cuidado ao TEA.

Categoria 1 - Formação Profissional

A categoria formação profissional incluiu o mapeamento das principais lacunas na formação profissional, o que direcionou o investimento na educação permanente de trabalhadores da rede, bem como na formação de especialistas em TEA. A partir da parceria com instituições de ensino como a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e a Universidade de Pernambuco (UPE), foram lançados os seguintes cursos:

- Curso de Especialização em Atenção Multiprofissional com Ênfase no Autismo, presencial, em parceria com a UPE.
- Curso de atualização em Estimulação Precoce para Crianças com Atraso no DNPM, presencial, com turmas em Petrolina, Garanhuns e Recife (2024); expansão para todas as GERES em 2025, pela ESPPE.
- Curso de atualização sobre cuidado Multiprofissional no Transtorno do Espectro Autista, presencial, com turmas em Olinda e Jaboatão dos Guararapes (2024); ampliação para todas as GERES em 2025, pela ESPPE.
- Cursos EAD autoinstrucionais pela ESPPE:
Atualização em Atenção às Pessoas com TEA na Atenção Primária
Prática Inclusiva na Escola para profissionais da Educação
Atualização para Cuidadores de Pessoas com TEA
Atualização para Agentes de Segurança na abordagem às Pessoas com TEA para Segurança Pública

Esta iniciativa considera a necessidade de expansão de espaços formativos voltado ao TEA, como estratégia de qualificação do acesso aos serviços de saúde por essa população e dialoga com a literatura que tem identificado lacunas formativas no que concerne a assistência voltada ao TEA, no âmbito do SUS^{12,13}.

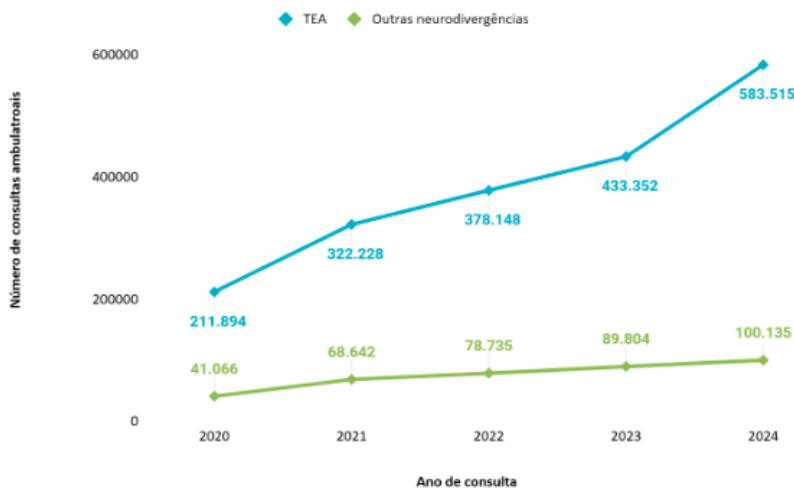
A insuficiência de profissionais capacitados para perceber

os sinais de TEA, e para construir projetos terapêuticos alinhados às necessidades de cada um desses sujeitos, relaciona-se com experiências de diagnóstico tardio ou incorreto e restrição no cuidado, os quais por sua vez, podem ter desdobramentos negativos do ponto de vista clínico, social e por vezes financeiro para criança e família.

Categoria 2- Análise situacional e cuidado TEA

No que diz respeito à categoria análise situacional e cuidado ao TEA, a partir do GT-TEA, foi realizado o levantamento de informações relacionadas às consultas ambulatoriais voltadas às pessoas com TEA e demais neurodiversidades em Pernambuco, conforme figura abaixo.

Série histórica de consultas ambulatoriais por TEA e outras neurodiversidades. Pernambuco, 2020 a 2024.



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), 2025. Dados sujeitos a alterações.

Vinculada ao Programa PE Acessível, a SES tornou-se referência em ações para TEA e neurodiversidades, como: implantação de equipes multidisciplinares nas UPAs para avaliação e diagnóstico diferencial; criação de salas sensoriais multiprofissionais em cada município para ampliar o atendimento e o

acesso ao diagnóstico e primeiras intervenções; construção de três novos Centros Especializados em Reabilitação (CER IV) com abrangência macrorregional, incluindo o TEA; e entrega de 12 vans adaptadas (uma por GERES) para transporte de usuários e familiares aos serviços da RCPD.

Categoria 3- Intersetorialidade no cuidado ao TEA

A categoria diálogo intersetorial destaca a importância da interação entre setores públicos para garantir saúde e direitos das pessoas com TEA. Estudos mostram a complexidade do TEA e a necessidade de abordagens multiprofissionais e inter-setoriais para práticas inclusivas^{1 -1} .

No encontro do GT em julho de 2025, o Conselho Estadual de Saúde participou para compartilhar avanços e convidar novos atores ao Fórum Intersetorial de Cuidado Integral à Pessoa com TEA e Neurodiversidades em Pernambuco. Paralelamente, a CASPTEAN promove encontros com autistas adultos, fortalecendo políticas com representações no Fórum, que busca promover diálogo qualificado, mapear demandas, articular políticas estaduais, fortalecer a rede de atenção e garantir direitos.

Dessa discussão nasceu a Jornada Intersetorial de Atenção à Pessoa com TEA e Neurodiversidades, que amplia o debate com seminários e salas temáticas, usando metodologias ativas para construir planos integrados para 2026, alinhando saúde, educação, mobilidade e direitos humanos, reforçando a política intersetorial. O modelo participativo fortalece a corresponsabilidade entre Estado e sociedade, legitima decisões, qualifica a escuta territorial e aumenta adesão às propostas

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A implantação do GT-TEA em Pernambuco representa avanço em políticas públicas inclusivas, com escuta ativa, articulação intersetorial e participação social. Os Grupos TEA

mostram-se eficazes para enfrentar desafios no cuidado às pessoas com TEA e neurodiversidades.

Recomenda-se a ampliação dos GTs para fortalecer a formação profissional e monitorar indicadores sensíveis às especificidades das pessoas com TEA, além de incluir outras neurodiversidades em seu diálogo com setores como educação e justiça.

REFERÊNCIAS

1. Ramos MS. A dicotomia integralidade versus fragmentação no Sistema Único de Saúde - SUS: um olhar a partir da governança. Foz do Iguaçu; 2024.
2. Pessoa RM, Muniz RM, Ckagnazaroff IB. Governança colaborativa para pesquisa em saúde: implicações da análise do Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde. Rev Serv Pública. 2020.
3. Cruz [et al.]. A rede de atenção à saúde para crianças com TEA e as estratégias integradas de tratamento: relato de discentes de medicina. Rev Foco. 2025;18(3):1–18.
4. Cunha SN. Acesso aos direitos fundamentais das Pessoas com Autismo: desafios na implementação da inclusão. Rev Gestão Conhecimento. 2024;18(2).
5. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde: Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo. Brasília; 2022 [citado 2025 Set 01]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/ministerio-da-saude-divulga-documento-com-conteudo-e-publicacoes-sobre-o-espectro-autista>
6. Almeida ML, Neves AS. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? Psicologia: Ciência Profissão. 2020;40 [citado 2025 Set 01]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: pessoas com Transtorno do Espectro Autista. Brasília: IBGE; 2025.
8. Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE). Levantamento do atendimento a pacientes com TEA no Estado. Recife: TCE-PE; 2023.
9. Brasil. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Diário Oficial da União. 2012 Dez 28;Seção 1:1.

10. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Dez 31;Seção 1:25637.
11. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES PE). Portaria SES/PE nº 302, de 25 de junho de 2025. Diário Oficial do Estado de Pernambuco. Ano CII, No 113; 2025 Jun 26. Seção Poder Executivo:3.
12. Santos EL, Lima WS. Acesso ao Diagnóstico e Tratamento de Crianças com TEA pelo SUS: Desafios e Experiências na Perspectiva dos Pais em Jaru, Rondônia. Rev Acad Lusofonia. 2024;1(4):1–29 [citado 2025 Set 04]. Disponível em: <https://revistaacademicadalu-sofonia.com/index.php/lusofonia/article/view/56>
13. Ferreira Júnior M. Percepção das mães de pessoas com transtorno do espectro autista sobre cuidados no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024. 179f.
14. Santos AAL, Melo MEFA, Nunes DB. Rede de assistência à saúde da criança autista sob a ótica das mães. Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ. 2021;7(7) [citado 2025 Set 22]. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i7.1815>
15. Silva RP, Pessutti C. A rede de atenção à saúde para crianças com TEA e as estratégias integradas de tratamento: relato de discentes de medicina. Rev Foco. 2025;18(3):1–18. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8094/5723>
16. Grabr C, Frison LM. Governança intersetorial no cuidado à pessoa com deficiência: desafios e aprendizados. Braz J Health Rev. 2025;8(5):1–15.
17. Santos AAL, Melo MEFA, Nunes DB. Rede de assistência à saúde da criança autista sob a ótica das mães. Rev Ibero-Am Humanid Ciênc Educ. 2021;7(7). Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i7.1815>
18. Ferreira Júnior M. Percepção das mães de pessoas com transtorno do espectro autista sobre cuidados no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2024.

GESTÃO PARA EQUIDADE: INDICADORES E CLÁUSULAS CONTRATUAIS PARA POPULAÇÕES EM VULNERABILIDADE NAS PARCERIAS COM OSS

Erik Tavares Gonçalves
Alexiane Priscilla da Silva
Amanda Maria Antônia da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
GESTÃO DA
QUALIDADE
E INOVAÇÃO

INTRODUÇÃO

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades privadas, sem fins lucrativos, qualificadas pelo poder público para administrar unidades e serviços de saúde por meio de contratos de gestão, detalhados em legislação estadual, através da Lei nº 15.210/2013 e Decreto nº 58.200/2025^{1,5,6}. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as OSS têm sido utilizadas como estratégia de descentralização da gestão e ampliação do acesso, eficácia e efetividade das ações².

Embora operem sob lógica privada, as OSS estão submetidas aos princípios do SUS¹, conforme art. 198 da Constituição Federal³ e art. 7º da Lei nº 8.080/1990⁴, além do dever de garantir qualidade, transparência e compromisso com a função pública dos serviços que gerenciam¹.

Nesse sentido, a experiência aqui relatada adquire relevância como estratégia de fortalecimento do papel do Estado na gestão dos contratos firmados com as OSS. A iniciativa tem como foco a inclusão de cláusulas contratuais e indicadores voltados ao monitoramento e avaliação orientada pelo cumprimento dos princípios da equidade e da justiça social.

O objetivo central da proposta foi reforçar o alinhamento das Organizações Sociais de Saúde (OSS) ao Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política social, com ênfase na promoção de políticas públicas voltadas às populações em situação de vulnerabilidade. Busca-se, com isso, superar uma lógica histórica focada prioritariamente em metas quantitativas na prestação desses serviços, promovendo uma gestão orientada pela equidade e pela inclusão.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato apresenta uma experiência realizada na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), por meio da Secretaria Executiva de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SEVSAP) e da Diretoria de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET), que contribuiu para a incorporação de cláusulas contratuais e indicadores de equidade nos contratos de gestão firmados com Organizações Sociais de Saúde (OSS). A iniciativa surgiu da necessidade de assegurar que os contratos respeitassem os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção especial às populações historicamente invisibilizadas, como pessoas negras, povos e comunidades tradicionais, população LGBTQIA+, pessoas com deficiência, pessoas com transtornos do espectro autista (TEA) e outras neurodiversidades, além de pessoas obesas, em situação de rua e outros.

Desenvolvida entre março e junho de 2025, na sede da SES/PE, a experiência envolveu reuniões técnicas, análise documental, levantamento normativo, elaboração conjunta de cláusulas

e construção de indicadores de monitoramento, em articulação com a Diretoria Geral de Monitoramento e Gestão Contratual (DGMCG). As reuniões de três de abril e vinte e dois de maio, cujas relatorias embasaram a metodologia, possibilitaram compreender a revisão dos contratos e os desafios operacionais para a implementação das políticas transversais. A abordagem foi qualitativa, baseada na observação participante e análise crítica das práticas institucionais.

Em parceria com a DGMCG, a equipe técnica da DGPET elaborou cláusulas a serem incorporadas aos contratos de gestão das OSS e indicadores de monitoramento atrelados ao Índice Global de Qualidade, conforme quadro 1 abaixo.

Quadro 1. Cláusulas Contratuais: Da Promoção da Equidade e do Atendimento a Populações em Situação de Vulnerabilidade

1. Satisfação dos Usuários em situação de vulnerabilidade e desigualdade social:
A Organização Social de Saúde (OSS) compromete-se a realizar pesquisas de satisfação com todas as pessoas, incluindo aquelas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. Tais dados devem ser utilizados para avaliar a qualidade do acolhimento e do atendimento, considerando as particularidades de cada grupo, como raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência e outros marcadores sociais da desigualdade.
2. Registro de Informações Étnico-Raciais e de Diversidade:
A OSS deverá assegurar que todos os prontuários e/ou sistemas de informação das pessoas contemplem os campos obrigatórios de raça/cor (autodeclarado), identidade de gênero, orientação sexual, nome social (autodeclarado) e pertencimento a povos e comunidades tradicionais, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde e demais legislações pertinentes. Essas informações devem ser registradas de forma sistemática, a fim de apoiar ações de equidade e a análise de dados.

3. Treinamento em Equidade e Atendimento às Populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social:
A OSS compromete-se a garantir que sua equipe técnica seja capacitada regularmente em temáticas relacionadas a equidade, direitos humanos, enfrentamento ao preconceito e discriminação, cuidado e acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, incluindo treinamento específico para o atendimento de pessoas LGBTQIA+, negras, indígenas, com deficiência/neurodiversidades, obesas e outras condições que possam colocar uma pessoa em situação de vulnerabilidade. As equipes deverão ser treinadas para proporcionar atendimento inclusivo e humanizado.
4. Protocolos de Atendimento:
A OSS deverá implantar, implementar e manter atualizado protocolos de atendimento específicos para populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, mantendo-os atualizados, que contemplem as necessidades de pessoas com Doença Falciforme, deficiência, neurodiversidades, obesidade, pessoas LGBTQIA+, negras, indígenas, entre outros. Esses protocolos devem garantir acolhimento adequado, resolução eficiente das demandas e respeito à dignidade dos usuários.
5. Ações Direcionadas a Grupos Prioritários:
A OSS deverá realizar ações, campanhas e projetos voltados a grupos prioritários, com especial atenção para aqueles em situação de vulnerabilidade e desigualdade social, considerando as desigualdades sociais e os determinantes sociais da saúde. As ações devem incluir estratégias de comunicação que respeitem a diversidade cultural, racial e de gênero.
6. Canal de Escuta e Monitoramento
A OSS deverá manter implantado e em pleno funcionamento um canal de escuta ativa, acessível e inclusivo, voltado à recepção de manifestações de usuários e trabalhadores, com atenção especial às pessoas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social. O canal deverá garantir acolhimento adequado, confidencialidade e resposta institucional efetiva, possibilitando o recebimento de denúncias de preconceito, discriminação, sugestões, críticas e demais demandas. As manifestações deverão ser analisadas, com adoção de providências sempre que necessário.

7. Implantação de Práticas Integrativas e Complementares
A OSS compromete-se a implementar e/ou manter, em suas atividades e serviços, um programa de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como parte de sua política de bem-estar no trabalho. Em consonância com a Lei nº 14.831/2024, visando promover a saúde integral e a qualidade de vida dos trabalhadores.

Fonte: SES-PE/SEVSAP/DGPET, 2025.

Além disso, foram propostos indicadores de monitoramento, conforme quadro 2 abaixo:

Quadro 2. Índice Global de Qualidade. Proposta de indicadores relacionados às Políticas Estratégicas e Transversais.

Eixo	Indicador	Meta	Periodicidade	Método	
Atenção ao usuário	% de pessoas em situação de vulnerabilidade e desigualdade social satisfeitas com o acolhimento	≥ 85%	Semestral	Pesquisa de satisfação segmentada	Formulários próprios ou integrados à Ouvidoria
Atenção ao usuário	% de prontuários e/ou sistemas de informação com campos de raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual preenchidos	≥ 90%	Mensal	Prontuário	Auditoria de prontuários
Atenção ao usuário	Nº de casos reportados de preconceito e/ou discriminação	0 casos	Trimestral	Ouvidoria / CIPA / RH	Relatórios da ouvidoria

Atenção ao usuário	% de respostas a casos de preconceito e/ou discriminação com providências adotadas	100%	Trimestral	Ouvidoria / RH	Relatório de encaminhamentos e medidas
Educação permanente	% de profissionais com formações voltadas para as temáticas de equidade	≥ 80%	Anual	RH / Relatórios de capacitação	Lista de presença / certificados
Educação permanente	% de ações direcionadas a grupos prioritários (ex: campanhas)	≥ 1 por trimestre	Trimestral	Relatório de produção / eventos	Registro fotográfico, lista de presença, pauta

Fonte: SES-PE/SEVSAP/DGPET, 2025.

Os resultados alcançados evidenciam que a incorporação dessas cláusulas e indicadores nos contratos de gestão fortalece o compromisso das OSS com os princípios do SUS, especialmente no que tange à universalidade, equidade e integralidade. Essa integração entre gestão contratual e políticas públicas é fundamental para garantir direitos e promover a justiça social nas práticas de saúde. Os aprendizados obtidos reforçam a importância de alinhar a gestão por contratos à efetivação das políticas de equidade, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços para populações em situação de vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A experiência demonstrou o potencial da gestão contratual como ferramenta estratégica para institucionalizar a equidade no âmbito do SUS. A articulação entre as diretorias técnicas da SES/PE, especialmente entre a DGPET e a DGMCG, permitiu não apenas o alinhamento técnico entre as áreas, mas também a incorporação efetiva das diretrizes das políticas transversais

nos contratos firmados com as Organizações Sociais de Saúde. Esse processo evidenciou que os contratos de gestão, tradicionalmente orientados por metas de produção e indicadores quantitativos, também podem ser mobilizados como instrumentos de transformação social, ao condicionar repasses e avaliações à implementação de ações voltadas à equidade e à atenção às populações em situação de vulnerabilidade.

A adoção de cláusulas específicas e indicadores relacionados à satisfação dos usuários, diversidade no registro de informações, formação das equipes e canais de escuta ativa representa um avanço importante na consolidação de uma lógica de cuidado mais sensível às desigualdades sociais.

Nesse sentido, os aprendizados reforçam a importância de integrar a gestão por contratos à garantia de direitos e à promoção da justiça social, tornando os instrumentos contratuais mais que mecanismos administrativos: verdadeiros dispositivos de política pública comprometidos com a função social da saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 9 out. 2025.
2. Zermiani TC. Contratos de gestão e avaliação por resultados no setor público da saúde: a experiência no processo de trabalho na atenção primária no município de Curitiba-Pr. 2017;14(1):155.
3. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 9 out. 2025.
4. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 9 out. 2025.
5. PERNAMBUCO (Estado). Lei n.º 15.210, de [dia] de [mês] de 2013.

- Dispõe sobre ... [informar objeto da lei]. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=1&numero=15210&complemento=0&ano=2013&tipo=&url=>. Acesso em: [dia] [mês]. [ano].
6. PERNAMBUCO (Estado). [Tipo da norma] n.º 58.200, de 2025. Dispõe sobre. Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=58200&complemento=0&ano=2025&tipo=&url=>. Acesso em: 10 out. 2025.
 7. Brasil. Política Nacional de Humanização (PNH). Ministério da Saúde, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 8. Brasil. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ministério da Saúde, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 9. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).
 10. Ministério da Saúde, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 11. Brasil. Plano Nacional de Saúde LGBT. Ministério da Saúde, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 12. Brasil. Portaria nº 1.391, de 2005. Institui diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 13. Brasil. Diretrizes para Atenção à Pessoa com Doença Falciforme no SUS.
 14. Ministério da Saúde, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 15. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Relatório Final da CNDSS. Ministério da Saúde, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 16. Promoção da Saúde: Aproximações ao Tema. Autor(es). Local: Editora, ano. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês ano.
 17. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União, Brasília, 21 jul. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm. Acesso em: 10 out. 2025.
 18. Brasil. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Regulamenta o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis ou transexuais no âmbito da administração pública federal. Diário Oficial da União, Brasília, 29 abr. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm. Acesso em: 10 out. 2025.

19. Brasil. Lei nº 14.831, de 27 de março de 2024. Institui o Certificado Empresa Promotora da Saúde Mental e estabelece os requisitos para sua concessão. Diário Oficial da União, Brasília, dia mês 2024. Disponível em: <...>. Acesso em: dia mês 2025.
20. BRASIL. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito “raça/cor” nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/161256.html>. Acesso em: 10 out. 2025.

ATENÇÃO INTEGRAL A PESSOAS COM TEA E DEMAIS NEURODIVERSIDADES EM PERNAMBUCO: IMPLANTAÇÃO DA COORDENAÇÃO ESTADUAL⁷

Valdiza Nunes Aguiar Soares
Juno Pedro Albuquerque Almeida
Cíntia Cibelle da Silva Ramos
Roberta Gomes Menezes de Lima
Tatiana de Paula Santana da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 2
GESTÃO DA
QUALIDADE
E INOVAÇÃO

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por déficits persistentes na interação social e na comunicação, além de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Estima-se que aproximadamente 0,76% da população mundial seja afetada, o que representa milhões de pessoas demandando múltiplas formas de cuidado ao longo de todo o ciclo de vida². A literatura aponta que a intervenção precoce é um dos fatores de maior impacto positivo no prognóstico³, sendo fundamental garantir acesso a diagnósticos precisos e suporte especializado desde a infância^{4,6}.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista – Neurodiversidade – Atenção Integral à Saúde

Entretanto, os desafios não se limitam à infância. Adolescentes e adultos enfrentam dificuldades relacionadas à inserção social, educacional e profissional, além da necessidade contínua de acompanhamento em saúde mental e física⁷. A transição entre serviços voltados à infância e aqueles destinados à vida adulta é uma das lacunas mais críticas⁵, conforme apontam estudos internacionais, como os conduzidos pela Comissão Lancet sobre o Futuro do Cuidado em Autismo⁴.

No contexto brasileiro, apesar da existência de legislações e diretrizes voltadas à garantia de direitos das pessoas com deficiência e com TEA, observa-se fragmentação das ações e insuficiência de políticas públicas que articulem saúde, educação, esporte, empregabilidade e assistência social. Essa fragmentação repercute diretamente no cotidiano das famílias, que frequentemente enfrentam dificuldades de acesso a diagnóstico, terapias, suporte social e estratégias de inclusão^{1,9}.

Em Pernambuco, tais desafios são ainda mais evidentes devido às desigualdades regionais, à concentração de serviços especializados na capital e região metropolitana e à forte dependência da população em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰. A ausência de uma instância estadual que coordenasse de forma transversal e intersetorial a política de atenção às pessoas com TEA e demais neurodiversidades resultava em fragilidades no planejamento, execução e monitoramento das ações⁸.

Diante disso, a criação da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades em Pernambuco surge como resposta estratégica. Essa iniciativa busca fortalecer a rede de cuidados, integrando setores, organizando fluxos assistenciais, qualificando profissionais, escutando os territórios e sistematizando uma política pública mais eficaz, equânime e sustentável.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este capítulo, configurado como um relato de experiência de caráter qualitativo e descritivo detalha o processo de implantação da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades (CASPTÉAN) no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), no período de 2024 a 2025.

A experiência foi conduzida em um estado com mais de 9,5 milhões de habitantes, segundo o Censo de 2022¹, com alta dependência do SUS e fortes desigualdades territoriais. Estimativas apontam 105.852 pessoas diagnosticadas com TEA em Pernambuco, colocando o estado em 8º lugar em número absoluto de casos no Brasil. Municípios de médio porte, como Caruaru e Petrolina, concentram números expressivos, mas também se verificam prevalências acima da média nacional em municípios menores, a exemplo de Altinho.

A CASPTÉAN é uma estrutura vital na gestão da saúde pública de Pernambuco, parte da hierarquia ascendente da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco (SES). Em sua estrutura organizacional, a Coordenação integra a Secretaria Executiva de Vigilância e Atenção Primária (SEVSAP), estando diretamente ligada à Diretoria Geral de Políticas Estratégicas e Transversais (DGPET) e à Coordenadoria Geral de Políticas Estratégicas da Pessoa com Deficiência, TEA e demais Neurodiversidades.

A equipe CASPTÉAN é composta por uma coordenadora, seis analistas em saúde (um psiquiatra infantil; duas fonoaudiólogas, sendo uma sanitarista; duas psicólogas e uma odontóloga/sanitarista), além de contar com um fonoaudiólogo residente em saúde da família da UFPE, o que reforça o compromisso da coordenação com a formação profissional e a pesquisa.



ORGANOGRAMA CASPTEAN



A implantação da coordenação seguiu cinco etapas principais:

Diagnóstico situacional: levantamento dos serviços existentes, capacidade instalada, demandas reprimidas e lacunas assistenciais. Esse processo incluiu análise documental, escuta com usuários, familiares e profissionais, além de reuniões com gestores municipais de saúde. Planejamento: definição de metas estratégicas, estruturação da equipe técnica da coordenação e alocação de recursos. Foram elaborados planos de ação alinhados às diretrizes do SUS e às necessidades apontadas pelos territórios.

Articulação interinstitucional: estabelecimento de diálogo com secretarias estaduais e municipais de Educação e Assistência Social, além da construção de parcerias com universidades, associações de familiares, movimentos sociais e conselhos de direitos. Execução: implementação de fluxos assistenciais padronizados, protocolos de acesso, capacitações multiprofissionais e elaboração de materiais técnicos voltados para a rede de saúde e demais setores.

Monitoramento e avaliação: criação de indicadores para acompanhamento da política, reuniões técnicas periódicas, além da produção de relatórios de avaliação que orientaram ajustes

no processo. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados relatórios administrativos e atas de reuniões para documentar as decisões e o progresso. Registros institucionais e dados obtidos em oficinas, rodas de diálogo e visitas técnicas aos territórios forneceram informações qualitativas e quantitativas essenciais para a análise do contexto local. O diagnóstico situacional incluiu a análise de documentos, a escuta de usuários e profissionais para identificar as demandas e lacunas de serviços, além de reuniões com gestores municipais para mapear a capacidade instalada e as necessidades locais.

A implantação da Coordenação Estadual resultou em avanços significativos na organização da rede de cuidados em Pernambuco. Entre os principais resultados alcançados, destacam-se: Organização dos fluxos assistenciais: A organização dos fluxos assistenciais definiu linhas de cuidado claras, o que permitiu maior clareza para profissionais e gestores. Essa padronização minimiza a fragmentação dos serviços, um dos principais desafios identificados na fase de diagnóstico.

Capacitação profissional: realização de cursos, oficinas e seminários envolvendo profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social, fortalecendo a atuação multiprofissional e ampliando a capacidade de identificação precoce e de manejo adequado dos casos. Produção de materiais técnicos: elaboração de protocolos clínicos, notas técnicas, guias de encaminhamento e orientações para famílias e cuidadores, contribuindo para a padronização das práticas e a melhoria da qualidade do cuidado.

Escuta dos territórios: identificação de gargalos regionais, como ausência de serviços especializados em áreas do Sertão e Zona da Mata, bem como dificuldades de transporte sanitário e de articulação intersetorial em municípios menores. Criação de indicadores: desenvolvimento de parâmetros específicos para monitoramento das ações voltadas ao TEA, permitindo maior transparência, avaliação contínua e ajustes estratégicos.

Apesar dos avanços, alguns desafios permanecem: Desi-

gualdade territorial pela concentração de serviços na capital e Região Metropolitana, com dificuldades de acesso em regiões do interior; escassez de profissionais especializados com déficit de Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais e Psiquiatras infantis em municípios de menor porte; limitações orçamentárias com dificuldades para expansão da rede de serviços especializados em todo o estado.

Tais desafios estão em consonância com a literatura internacional, que aponta a necessidade de políticas de saúde integradas e sustentáveis para o enfrentamento das lacunas assistenciais em TEA. Experiências como o Projeto ASDEU, na Europa, reforçam a importância da criação de serviços de intervenção para adultos autistas⁸ e da articulação intersetorial como caminho para efetividade das políticas públicas^{7,9}.

A criação da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com TEA e demais Neurodiversidades em Pernambuco constitui um marco na consolidação de políticas públicas voltadas à inclusão e equidade. Mais do que uma resposta administrativa, a iniciativa representa o fortalecimento do SUS em sua capacidade de garantir atenção integral, longitudinal e humanizada às pessoas com TEA.

Ao sistematizar fluxos, padronizar práticas e articular setores, a coordenação fortalece a governança em saúde e amplia o protagonismo de usuários e famílias na construção das políticas. Além disso, reforça o compromisso ético do Estado com a garantia de direitos e com a valorização da diversidade humana.

Espera-se que essa experiência inspire outros estados a desenvolverem estratégias semelhantes, contribuindo para a consolidação de uma política nacional intersetorial mais robusta para o cuidado das pessoas com TEA e demais neurodiversidades. O fortalecimento de redes de apoio, a capacitação contínua de profissionais e a articulação intersetorial permanecem como pilares para a efetivação de uma sociedade mais justa, inclusiva e plural. Apesar dos desafios persistentes, como a desigualdade

territorial e a escassez de profissionais, a criação da coordenação representa um passo fundamental e inovador no fortalecimento da política pública para o TEA no Estado^{9,10}.

REFERÊNCIAS

1. Luo Z, Qi Q, Wang K, Zhou J, Chen S, Wang L. Current status of and challenges posed by autism spectrum disorders in China: Prevalence, legal issues, and public awareness. *Biosci Trends*. 2022;16(2):167-71.
2. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*. 2015;45(3):601-13.
3. Cawthorpe D. Uma análise de coorte de 16 anos de morbidade associada ao Transtorno do Espectro Autista em uma população pediátrica. *Front Psychiatry*. 2018;9:635.
4. Lord C, Charman T, Havdahl A, et al. Comissão Lancet sobre o Futuro do Cuidado e da Pesquisa Clínica em Autismo. *Lancet*. 2022;399:271–334.
5. NICE. Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. 2016 [citado em 4 maio 2022]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
6. Bejarano-Martín Á, Canal-Bedia R, Magán-Maganto M, et al. Serviços de Detecção Precoce, Diagnóstico e Intervenção para Crianças Pequenas com TEA na UE (ASDEU). *J Autism Dev Disord*. 2020;50:3380–94.
7. Micai M, Ciaramella A, Salvitti T, et al. Saúde de adultos autistas e percepções profissionais: evidências do Projeto ASDEU. *Front Psychiatry*. 2021;12:614102.
8. Micai M, Ciaramella A, Salvitti T, et al. Serviços de intervenção para adultos autistas: um estudo ASDEU. *J Autism Dev Disord*. 2022;52:1623–39.
9. Scattoni ML, Micai M, Ciaramella A, et al. Experiências em serviços de diagnóstico para adultos autistas: estudo ASDEU. *J Autism Dev Disord*. 2021;51:4129–46.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: características gerais dos domicílios e dos moradores. Rio de Janeiro: IBGE; 2024. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br>

CICLOS DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PERNAMBUCO: APOIO INTERFEDERATIVO PARA O FORTALECIMENTO DOS TERRITÓRIOS⁸

Rodrigo Cardoso dos Santos
Luana Gabriellen Maria da Silva
Luciana Garcia Figueiroa Ferreira
Rafaela Niels da Silva
Renan Carlos Freitas da Silva

Secretaria de Saúde de Pernambuco, Diretoria de Atenção Primária em Saúde, Recife, Pernambuco

TEMA 3
EDUCAÇÃO
CONTINUADA E
PERMANENTE
EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Por seu posicionamento estratégico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada porta de entrada principal e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Fortalecimento Institucional. Colaboração Intersetorial. Educação Permanente. Financiamento dos Sistemas de Saúde

Historicamente, a APS se consolidou como política estruturante para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade enquanto norteadores do SUS no Brasil, favorecendo a construção de um modelo de atenção mais resolutivo e sustentável. Apesar disso, persistem desafios complexos no tocante à condução e gestão da APS, dentre os quais se destacam as necessidades de educação permanente aos profissionais, de forma estruturada e coordenada a partir da lógica interfederativa, solidária e ascendente²⁻⁴.

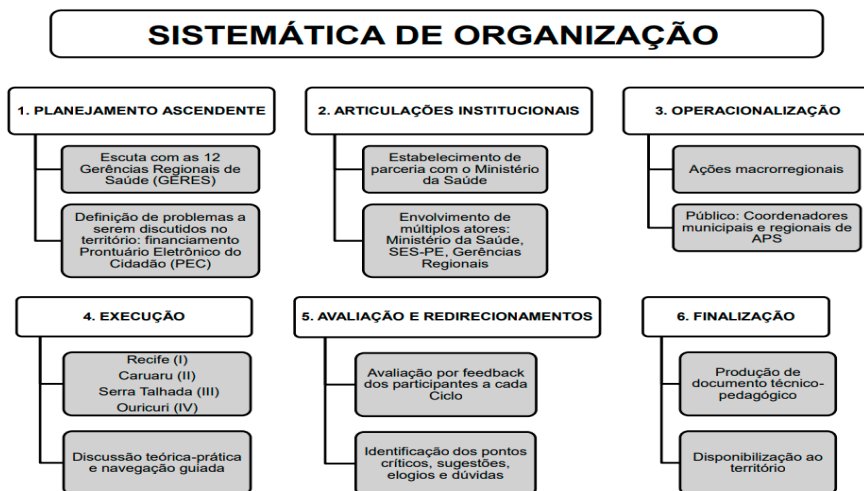
Enquanto política tripartite, os esforços para o fortalecimento da APS demandam a articulação conjunta e coordenada entre União, Estados e Municípios, a fim de criar cenários de maior coesão, alinhamento e qualificação da política⁵. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de planejamento, desenvolvimento e execução do I Ciclo de Qualificação da Atenção Primária do estado de Pernambuco, com foco na construção interfederativa e colaborativa, por meio da parceria com o Ministério da Saúde, no ano de 2025.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A proposição do I Ciclo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco foi uma agenda derivada a partir do planejamento ascendente e da escuta às demandas das equipes das doze Gerências Regionais de Saúde (GERES, realizada com o intuito de identificar nós críticos para os territórios. Como indicação dos profissionais, sobressaiu a necessidade de agendas de educação permanente voltadas às discussões de duas temáticas principais: 1. Novo cofinanciamento federal da APS⁶ (Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024); 2. Estratégias de e-Saúde e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

A partir da definição das temáticas a serem tratadas, foi proposta a sistemática de organização e condução do Ciclo, considerando os movimentos e arranjos necessários à sua execução. Os caminhos adotados estão apresentados na Figura 1.

Figura 1. Sistemática de proposição e organização do I Ciclo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Pernambuco, 2025.



Fonte: Elaboração própria

Momento 1. Planejamento e movimentos de articulação e mobilização

O primeiro momento compreendeu a concepção, formalização e planejamento da proposta, que envolveu atores dos níveis central e regional da SES-PE. A partir das definições temáticas, compreendeu-se como pertinente a inclusão das equipes do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/MS), como atores facilitadores para os elementos técnicos e formativos das dinâmicas nos territórios.

Para tanto, foi definido que a abrangência macrorregional para realização dos Ciclos de Qualificação, de modo a contemplar as quatro macrorregiões do estado em suas cidades-sede (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina) a fim de viabilizar o máximo de alcance na agenda. O público definido, por sua vez, foi o de coordenadores municipais e regionais de Atenção Primária e demais gestores interessados, pela pertinência e relevância das temáticas abordadas.

Momento 2. Execução, avaliação e finalização

Os Ciclos de Qualificação enfatizaram as discussões acerca de dois componentes, conforme mencionado anteriormente: a nova Portaria do Ministério da Saúde para o cofinanciamento federal da APS⁶ e as atualizações acerca do Prontuário Eletrônico do Cidadão. Como metodologia de trabalho, foram definidos dois dias de atividades por macrorregião, em caráter híbrido, sendo o primeiro para discussão do financiamento em formato expositivo e prático conduzido pelas equipes da CGFAP com apoio da SES-PE, e o segundo dia para abordagem do PEC pelas equipes da SES-PE, com utilização da estratégia de navegação guiada que permitiu imersão teórico-prática e simulações no ambiente do Prontuário.

Ao todo, foram registradas aproximadamente 600 participações ao longo dos quatro Ciclos realizados, com ampla representatividade de atores e territórios. Como estratégia de avaliação e *feedback*, em todas as agendas foi disponibilizado o Formulário de Avaliação, que teve como objetivo coletar informações acerca da percepção, sugestões e dúvidas remanescentes por parte dos participantes. A Figura 2 apresenta a síntese das principais categorias temáticas abordadas como dúvidas durante os Ciclos de Qualificação, a partir dos registros dos sujeitos.

Nesse percurso, destaca-se que os retornos avaliativos dos participantes demonstraram ampla satisfação com o modelo desenvolvido nos Ciclos, com ênfase para as abordagens consideradas didáticas, objetivas, pedagógicas e resolutivas. O manejo do tempo nos Ciclos também foi evidenciado como um elemento positivo. Dentre as sugestões de adaptação para agendas futuras, foi fortemente sugerida a ampliação de tempo para a ação e a continuidade das discussões acerca do financiamento da APS no estado.

Figura 2. Quadro sintético das dimensões e temáticas mais abordadas durante o I Ciclo de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Pernambuco, 2025.



Fonte: Elaboração própria

Como parte da finalização da agenda, os atores proponentes da ação (SES-PE e equipe CGFAP) elaboraram Documento Técnico que sistematizou o conjunto de dúvidas apresentadas pelos participantes, a partir de categorias temáticas, com as respectivas respostas. O Documento foi disponibilizado amplamente para os territórios, no intuito de ser um material formal de registro e consulta de dúvidas recorrentes, com papel formativo e instrutivo para as equipes dos territórios.

Aprendizados e sentidos da agenda

As agendas desenvolvidas nos Ciclos de Qualificação retomam a necessidade de aproximação dos entes gestores do SUS com as realidades territoriais. A construção da política de saúde,

sobretudo para a Atenção Primária, exige esforços integrados e sinérgicos que respondam de forma qualificada às especificidades locais e às necessidades reais da população. Possibilita ainda a ampliação da capacidade de escuta e diálogo, a consolidação da educação permanente como referencial para os processos de trabalho e o fortalecimento dos processos de cogestão e de tomada de decisão compartilhada, com vistas à efetivação do SUS enquanto sistema ainda mais resolutivo e sensível às múltiplas realidades e contextos da população brasileira⁷⁻⁹.

Nesse sentido, vale salientar a importância de continuidade e sustentação das agendas, sobretudo as de caráter formativo, mobilizadas pela gestão do SUS a partir da construção tripartite e das práticas colaborativas, em atenção às demandas do território. A APS, enquanto *lôcus* estratégico e de natureza dinâmica, demanda priorização e longitudinalidade de ações planejadas que articulem as diferentes nuances que envolvem a política. Nesse sentido, cabe à gestão do SUS o protagonismo na indução de políticas e estratégias que considerem as diversidades regionais, os determinantes sociais da saúde, as necessidades epidemiológicas dos territórios e a elaboração de agendas de fortalecimento que viabilizem o enfrentamento aos desafios crônicos e complexos da Atenção Primária^{10,11}.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Os Ciclos de Qualificação da Atenção Primária realizados no estado de Pernambuco a partir da lógica do apoio institucional e interfederativo se mostrou exitoso para aplicação nos territórios, além de evidenciar a importância de estratégias colaborativas entre os diferentes entes federativos para a consolidação da APS. As experiências demonstram que os espaços de educação permanente fortalecem a troca de saberes e os processos de atenção e gestão em saúde, além de contribuir significativamente para o aprimoramento dos serviços.

As estratégias de apoio interfederativo alinhadas às demandas evocadas pelos territórios — caracterizado pela articulação entre os níveis municipal, estadual e federal — potencializa capacidades institucionais, promove a gestão do cuidado centrada nas necessidades do território e fortalece os vínculos entre equipes, usuários e gestores. A iniciativa se apresenta como uma prática exitosa e sustentável, visto que seu modelo pode ser amplamente replicado e customizado a diferentes demandas e realidades loco regionais, ao integrar metodologias participativas, análise de indicadores, escuta de atores locais e proposições factíveis para a indução de práticas mais resolutivas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 30 jun 2025]. 114 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Lui L, Lima, LL, Aguiar RBD. Avanços e desafios na cooperação interfederativa: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Novos estud CEBRAP* [Internet]. 2022Jan;41(1):145–62. Available from: <https://doi.org/10.25091/S01013300202200010007>
3. Schenkel JM, Paulon SM. Apoio institucional como tecnologia para produção de uma gestão menor na área da saúde. *Physis* [Internet]. 2022;32(4):e320411. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320411>
4. Guizardi FL, Lemos ASP, Machado FRDS, Passeri L. Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis* [Internet]. 2018;28(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280421>
5. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020Apr;25(4):1475–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. *Diário Oficial da União, Seção 1*; 11 abr 2024. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html

7. Abreu MF, Melo EM, Silveira AM. Contribuições do Planejamento Participativo Regionalizado (PPR) para a ampliação da cidadania e promoção da saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(spe4):107-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S408>
8. Clemente MP, Pinto AGA, Martins AKL. Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia. *Saúde debate* [Internet]. 2021Apr;45(129):315–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905>
9. Pimentel VR de M, Sousa MF de, Mendonça AVM. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis* [Internet]. 2022;32(3):e320316. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320316>
10. Mendonça F de F, Lima LD de, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate* [Internet]. 2023Apr;47(137):13–30. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>
11. Sousa MF de, Prado EA de J, Leles FAG, Andrade NF de, Marzola RF, Barros FPC de, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde debate* [Internet]. 2019;43(spe5):82–93. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>

TESTE DA LINGUINHA COMO TRIAGEM NEONATAL: CAPACITAÇÃO PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS DA VIII REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO⁹

Marcelle Karlyene Coelho Ramiro Costa
Jackeline Alves de Lucena Tabosa
Michelly Bezerra dos Santos Rabelo

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, VIII Gerência
Regional de Saúde, Petrolina, Pernambuco

TEMA 3
EDUCAÇÃO
CONTINUADA E
PERMANENTE
EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

O Teste da Linguinha, instituído pela Lei Federal nº 13.002/2014, é uma triagem neonatal obrigatória destinada à identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos^{1,2}. Essa condição, caracterizada por alterações no frênulo lingual, pode comprometer funções orais vitais como a amamentação, deglutição, fala e higiene bucal. A detecção precoce por meio do teste permite intervenções oportunas, minimizando prejuízos ao desenvolvimento infantil e promovendo o bem-estar familiar. Apesar do avanço representado pela obrigatoriedade do teste nas maternidades e hospitais do país, sua implementação ainda enfrenta desafios.

Palavras-chave: Freio Lingual; Anquiloglossia; Triagem Neonatal; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal.

A ausência de uniformização nos critérios diagnósticos, a escassez de formação específica entre os profissionais de saúde e as limitações estruturais em determinadas regiões comprometem a efetividade da triagem³. No Brasil, dados da Rede de Pesquisa em Saúde Bucal revelam fragilidades na capacitação profissional, enquanto, em nível estadual, iniciativas regionais buscam superar essas barreiras com estratégias locais⁴. Além disso, a assistência odontológica na APS não se restringe apenas a procedimentos clínicos curativos, devendo incluir, também, ações de promoção, conforme respaldam as Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Saúde Bucal⁵.

Neste sentido, a partir da identificação de fragilidades para a realização do Teste da Linguinha em ambiente hospitalar, a atuação da VIII Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (Geres) envolveu a capacitação de cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) para a referida triagem. O processo propõe ampliar o acesso ao teste fora do ambiente hospitalar, considerando a boa cobertura da APS na região e promovendo uma abordagem técnica e humanizada. Inserida na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e na Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco-Bahia (MIS PEBA), a VIII Geres compreende a VIII Região de Saúde do estado, composta pelos municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista⁶.

Assim, esta experiência objetivou capacitar cirurgiões-dentistas da APS de municípios da VIII Região de Saúde de Pernambuco, considerando as fragilidades locais para a realização do Teste da Linguinha nos hospitais municipais e a importância destes profissionais para fortalecer a realização da triagem na rotina dos serviços públicos, contribuindo para o diagnóstico precoce da anquiloglossia, a intervenção necessária e a melhoria da saúde infantil.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A ação instituiu capacitações presenciais para cirurgiões-dentistas da APS dos municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista, entre os meses março de 2024 e julho de 2025, com foco teórico e prático na identificação da anquiloglossia, indicação de frenotomia e abordagem humanizada. A ordem de priorização dos municípios deu-se após discussão com os coordenadores municipais de Saúde Bucal e/ou de APS e a partir do interesse das partes. Por outro lado, considerou-se, ainda, a fragilidade na realização deste seguimento da triagem neonatal em nível local, atentando à existência de territórios remotos, visto que esta região possui amplitude rural considerável⁶.

A organização interna na VIII Geres foi o segundo passo, com a confecção de materiais específicos. Os profissionais receberam materiais padronizados, discutiram fluxos de encaminhamento e critérios clínicos de forma compartilhada à Rede de Atenção à Saúde, sempre adaptados à realidade local. Assim, a capacitação estabeleceu a ligação entre teoria e prática nos diversos cenários, possibilitando a execução do procedimento de frenotomia em lactantes através da seleção prévia de usuários locais, configurando todo o processo necessário a este âmbito da triagem neonatal.

A ação contemplou 93% dos dentistas da APS dos municípios sinalizados, proporcionando profissionais habilitados e incorporando o Teste da Linguinha e a frenotomia à rotina de atendimento infantil. A experiência ampliou o acesso ao exame oportunamente, mesmo em áreas rurais, e evidenciou a capacidade da APS em realizar ações resolutivas de triagem neonatal, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança⁷.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

A experiência de implementação do Teste da Linguinha na APS evidencia o potencial transformador da capacitação profissional para ampliar o acesso a cuidados essenciais na primeira infância, sobretudo em caráter interdisciplinar. Envolver os cirurgiões-dentistas nesse processo foi fundamental para tornar o teste viável fora do ambiente hospitalar, especialmente em regiões remotas. A prática mostrou que, com formação adequada e suporte técnico, é possível garantir atendimento resolutivo e humanizado desde os primeiros dias de vida. Assim, é recomendável expandir essa estratégia para outros municípios e regiões, fortalecendo a APS como porta de entrada efetiva para ações de saúde e promovendo maior equidade no cuidado à saúde da criança^{7,8}.

O tratamento para anquiloglossia leve e moderada é conservador na maioria dos casos, sem necessidade de intervenção cirúrgica, com assistência em educação para amamentação e apoio aos responsáveis. Sendo a cirurgia de frenotomia necessária, devido ao alto grau de anquiloglossia, o procedimento pode ser realizado por um cirurgião-dentista devidamente capacitado, permitindo o diagnóstico precoce que é de suma importância na colaboração com o bem-estar e a qualidade de vida dos bebês^{9,10}.

REFERÊNCIAS

1. Feitosa ALF, Martinelli RLC, Berretin-Felix G, Silva HJ. Tongue Screening Test: 10 years of federal law No. 13.002/2014. *Rev CEFAC*. 2024;26(4). Doi: 10.1590/1982-0216/20242645624s.
2. Presidência da República (BR). Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2014 [acesso 2025 Jul 04]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm.
3. Vieira M, Bizerril DO, Salete M, Santos ELM. A fragilidade do conhecimento do dentista sobre o Teste da Linguinha na atenção básica. *Res Soc Dev*. 2022;11(10):e140111032715. Doi: 10.33448/rsd-v11i10.32715.

4. Macau-Lopes MG, Silveira ADS, Lopes CMN, Leme PAT, Faustino-Silva DD. Análise quantitativa de frenectomias realizadas no contexto do SUS após obrigatoriedade do teste da linguinha. *Saúde Debate*. 2023;46:125–35. Doi: 10.1590/0103-11042022E511.
5. Bezerra MVM, Jorge MSB, Bizerril DO, Maia EL, Santos GA. O conhecimento do profissional odontólogo sobre o teste da linguinha na Atenção Primária à Saúde. *Conjecturas [Internet]*. 2022 [acesso 2025 Jul 04];22(8):717-726. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/361990345_O_conhecimento_do_profissional_odontologo_sobre_o_Testes_da_Linguinha_na_atencao_primaria_em_saude.
6. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Mapa da Saúde [Internet]. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde; 2022 [acesso 2025 Jul 04]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1KRGdm5M2XbiWoRboU89nnXh0zDyDvjNm/view>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 2025 Jul 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica n.º 35/2018 – Anquiloglossia em recém-nascidos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso 2025 Jul 06]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf.
9. Venancio S I, Toma T S, Buccini G dos S et al. Anquiloglossia e aleitamento materno: evidências sobre a magnitude do problema, protocolos de avaliação, segurança e eficácia da frenotomia; parecer técnico-científico [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015 [acesso 2025 Jul 04]. 69 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313164229_Anquiloglossia_e_aleitamento_materno_evidencias_sobre_a_magnitude_do_problema_protocolos_de_avaliacao_seguranca_e_eficacia_da_frenotomia.
10. Da Silva JB, Santos Sobrinho JHD, Moreira PDS, Carlos AMP, Corrêa AKM. A importância do teste da linguinha para a cirurgia de frenotomia em lactentes: revisão de literatura / The importance of tongue test for frenotomy surgery in infants: literature review. *Braz J Develop [Internet]*. 2020 Dez 6 [acesso 2025 Jul 04];6(12):95024-35. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/21093>.

A EXECUÇÃO DO CURSO “SAÚDE E BEM VIVER: CUIDADO INTEGRAL PARA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO”

Cristovão Barros Rodrigues dos Santos¹

Thalia Ariadne Peña Aragão²

Virgínia Maria Holanda de Moura³

Dandara Oliveira de Albuquerque³

¹Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco

²Escola de Saúde Pública de Pernambuco, Recife, Pernambuco

³Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

TEMA 3
EDUCAÇÃO
CONTINUADA E
PERMANENTE
EM SAÚDE

INTRODUÇÃO

As Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI), intitulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecida em âmbito nacional como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) obtiveram maior visibilidade em âmbito nacional após a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC), em 2006, com posterior ampliação em 2017 e 2018¹.

Tais práticas são prioritariamente estimuladas, no SUS, para implantação e execução a nível de Atenção Básica (AB),

Palavras-chave: Saúde Mental; Capacitação Profissional; Terapias Complementares

abrangendo cerca de 78% de sua oferta². Em Pernambuco, para seu fortalecimento e legitimação final em 2022, através da Lei 17.970 e Portaria Estadual nº 590, foi Instituída a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC)³, no ano de 2017 cerca de 156 equipes Nasf-AB ofereciam algum tipo de PICS².

Em 2023 o Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde (ObservaPICS), lança o Projeto Saúde e Bem Viver, que oferta o Curso Saúde e Bem Viver: Cuidado Integral para a Saúde Mental; através da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS/Fiocruz-RJ) e financiado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Termo de Execução Descentralizada 160/2023. Tendo em âmbito estadual, a execução a partir da parceria com as Secretarias estaduais de Saúde, através das áreas técnicas das Práticas Integrativas e as Escolas de Governo em Saúde Pública.

Este relato irá descrever o processo de execução do Curso “Saúde e Bem Viver: cuidado integral para a Saúde Mental” no estado de Pernambuco, caracterizado como curso de aperfeiçoamento para profissionais da Atenção Primária (equipes de saúde da família e e-Multi) em estratégias de promoção à saúde mental por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Curso Saúde e Bem viver tem carga horária de 120h, sendo 96h à distância e 24h presenciais, tomando como objeto de reflexão a importância do cuidado de si para o cuidado com o (a) outro(a) e o diagnóstico das demandas de saúde mental existentes no território em que atuam.

O processo de contratualização entre a instituição proponente e os estados iniciou em 2024. A partir disso, a execução do curso em Pernambuco aconteceu em 5 etapas: 1. Apresenta-

ção da proposta do curso na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e nas Comissões Intergestores Regionais (CIR); 2. Lançamento dos editais de credenciamento de tutores/as-docentes e de discentes; 3. Mobilização das Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco e Secretarias Municipais de Saúde; 4. Planejamento pedagógico e realização do curso de formação de tutoria em EaD, para tutores/as-docentes credenciados/as; 5. Planejamento e execução do curso de 120h com os/as profissionais discentes.

Em seu escopo de trabalho em Pernambuco, o Projeto contratou uma coordenação de articulação territorial e uma coordenação pedagógica. Por se tratar de um projeto de grande escala, a nível nacional, seus encontros de alinhamento se iniciaram de forma remota, com integrantes de todos os estados para que as equipes pudessem realizar suas conformações e culminou com um encontro presencial, realizado no Cabo de Santo Agostinho, PE, entre 20 e 22 de agosto de 2024, para desenvolvimento e apresentação de projetos do curso nos diferentes estados com partilha das peculiaridades regionais.

Naquele momento, foi construído o baseado conteúdo pedagógico do curso e como deveria se desenvolver seu processo de formação, em 3 módulos: Cuidar de si, cuidar do outro e Cuidar do território. O levantamento de temáticas e momentos que pudessem ser dialogados, com uso de metodologias ativas, levando a uma reflexão crítica quanto a sua prática e a realidade de seu território, visando a mudança de atitude que seria exposto através da ferramenta, Arco de Manguerez.

Para construção e finalização do material didático utilizado no curso, a Fiocruz construiu um grupo de curadoria com um representante de cada estado, para saber o que entraria no material didático do curso, dos que entraram, se ele seria como obrigatório ou complementar, ficando de incumbência do coordenador de articulação territorial participar deste processo. O Processo de curadoria se deu durante o mês de setembro de 2024, com encontros semanais e de forma remota, com a divi-

são de grupos de trabalhos de acordo com os módulos do curso.

O curso se subdividiu nos estados como 1º e 2ª oferta, segundo o prazo para início deles, visando que nem todos teriam a possibilidade de início imediato. Além de utilizar uma proposta de estudante-equipe, onde cada estudante-equipe é formado por 3 alunos.

Após o encontro nacional pedagógico, a equipe de Pernambuco apresentou a proposta do curso para gestores e gestoras na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no mês de setembro de 2024. Na ocasião, os/as componentes da CIB avaliaram a proposta e definiram que, diante da realidade ocasionada pela possibilidade de reorganização dos municípios e suas equipes, decorrente do período de eleições municipais, o melhor período para início do curso seria a partir de março de 2025, desta forma, Pernambuco se colocou como um dos estados de segunda oferta para o curso. Além disso, foi pactuada a liberação dos profissionais interessados para participar do curso, a fim de proteger a agenda e a continuidade do processo, desta forma o discente conseguiria dedicar-se às atividades da carga horária necessária para o curso.

Neste ínterim, entre outubro de 2024 e março de 2025, a equipe se dedicou à escrita, divulgação e análise dos editais de credenciamento dos/as tutores/as-docentes e discentes, também se destaca à criação do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do curso e o desenvolvimento da identidade visual do curso de Pernambuco. Ressalta-se a participação da equipe nas reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) de Pernambuco, onde se fez presente ao menos uma pessoa representando o curso com o objetivo de reforçar a sua divulgação, sanar possíveis dúvidas e pactuar as liberações dos/as profissionais discentes.

Desta forma, deu-se início, por meio da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, a seleção a partir de edital público para 10 tutores do curso e 300 discentes. Vencidas essas

etapas, aconteceu curso de formação para os/as tutores/as-docentes credenciados/as, no período de abril e maio de 2025, com carga horária de 60h. Tendo como objetivo possibilitar o desenvolvimento da atividade de tutoria à distância no curso “Saúde e bem viver”, mobilizando à prática pedagógica necessária.

A formação, foi realizada em 5 encontros síncronos, onde foram discutidos os temas: Educação Permanente em Saúde; O ensino a Distância e Tutoria em EaD; O cuidar de si, o viver em equipe e as possíveis costuras para o território na tutoria em EaD; O Território, o Bem Viver no território e o Arco de Magueres; As PICS como ferramenta de cuidado. Ao fim do curso, os tutores apresentaram seus planos de intervenção e foram certificados; sendo um momento de muita riqueza, com trocas de saberes e conhecimentos envolvendo o território.

As principais reflexões do curso de formação de tutores/as docentes estiveram em torno do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), cujo processo de formação se dá a partir da observação e análise do processo de trabalho no SUS e finda na transformação da realidade do trabalho⁴. Esses momentos de reflexão foram necessários para ancorar a prática da atuação da tutoria à distância⁵. Com a finalização do curso de tutores/as-docentes, a equipe de Pernambuco realizou em 20 de maio de 2025 a aula inaugural virtual do curso de discentes: Saúde e Bem Viver: Cuidado integral para Saúde Mental, com transmissão via Youtube.

Por fim, a primeira realização do curso Saúde e Bem Viver, conta com 266 discentes, divididos em 11 turmas com 11 tutores/as-docentes que acompanham e incentivam diariamente o processo formativo. Desde a aula inaugural virtual, são realizadas, além do acompanhamento diário das turmas, reuniões quinzenais síncronas de alinhamento entre a equipe de Pernambuco e os/as tutores/as-docentes. As articulações não se dão apenas com as necessidades oriundas dessas reuniões, também surgem de demandas via referências regionais e até do contato com os próprios discentes. Dentre todos esses acontecimentos,

desenvolve-se os encontros síncronos quinzenais de tutoria entre tutores/as e discentes.

CONSIDERAÇÕES DOS AUTORES

Nesse sentido, o curso Saúde e Bem Viver se coloca enquanto um convite para o cuidado, que se inicia no olhar para si enquanto sujeitos e trabalhadores/as. O autocuidado, torna-se algo de extrema importância para promover o cuidado entre a própria equipe de trabalho e, posteriormente, com o território. Por isso, é importante parar para pensar nos atores protagonistas do cuidado, e nas suas visões quanto à equipe e território, gerando qualidade de vida e bem-estar ao profissional, tendo em vista sua saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães MB, Nunes JA, Velloso M, Bezerra A, Sousa IM. Integrative and complementary practices in the health field: towards a decolonization of knowledge and practices. *Saúde Soc. São Paulo* 2020; 29(1)e190297, 2020. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902020190297
2. Queiroz NA, Barbosa FES, Duarte WBA. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2023; Rio de Janeiro, 33, e33037. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333037>
3. LEI Nº 17.970, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2022. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, no âmbito do Estado de Pernambuco.
4. Pernambuco (Estado). Secretaria de Saúde. Portaria SES/PE Nº 519, de 21 de dezembro de 2020. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares e dá outras providências. Recife: Secretaria de Saúde; 2020
5. Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface-comunicação, saúde, educação*, 9, 161-168.
6. Silva, A. D. N., Santos, A. M. G. D., Cortez, E. A., & Cordeiro, B. C. (2015). Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1099-1107.

LISTA DE AUTORES

Ailton César dos Santos Vieira

Farmacêutico, Mestre em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/ APEVISA. E-mail: br.cesar-santos@gmail.com

Alexciane Priscila da Silva

Enfermeira, Mestre em Saúde Pública Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: dgpesespe@gmail.com

Alisson Luiz Ribeiro de Oliveira

Fisioterapeuta, Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/DGPET/CASPD. E-mail: alissonlribeiro@gmail.com

Allison Kleiton dos Anjos

Biólogo, Doutor em Ciências Biológicas Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: allison__anjos@hotmail.com

Ana Carolina Freire Lopes

Psicóloga, Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: carolfreire20pe@gmail.com

Ana Cristiane Carvalho Santos

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: crickcarvalho@gmail.com

Ana Cristina Pedrosa do Monte

Bióloga, Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/ I Gerência Regional de Saúde. E-mail: monteacp@gmail.com

Celivane Cavalcanti Barbosa

Enfermeira, Doutora em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/ SEVSAP/GVEV/DGIVE. E-mail: celivane.sanitarista@gmail.com

Cíntia Cibelle da Silva Ramos

Psicóloga, Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/SEVSAP/DGPET. E-mail: cintiacibeller@hotmail.com

Cristovão Barros Rodrigues dos Santos

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem e Educação em Saúde. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/HBL. E-mail: cristovao.barros@ufpe.br

Dandara Oliveira de Albuquerque

Assistente Social, Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE /APEVISA. E-mail: dandaralbuquerque@gmail.com

Danilo Martins Roque Pereira

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem-Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/ CESLGBT. E-mail: danilocursolgbt@gmail.com

Dayvison Herbety Araújo Amaral

Enfermeiro, Mestre em Educação Profissional e Tecnológica. Gerente. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/VI GERES. E-mail: dayvison16@gmail.com

Elaine Cristina Bernardo Lopes

Nutricionista, Mestre em Tecnologia de Alimentos. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia. E-mail: elaine.lopes@vitoria.ifpe.edu.br

Elaine Lima Silva Wanderley

Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE E-mail: elainelcs@yahoo.com.br

Eliane Oliveira da Silva

Biomédica, Mestre em Ciências Ambientais. Secretaria Estadual de Saúde SES-PE/ VIII GERES. E-mail: eliane.oliveira.8geres@outlook.com

Erik Tavares Gonçalves

Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: dgpesespe@gmail.com

Erika Patricia Santos Silva

Assistente Social, Especialista em Pneumologia Sanitária. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/ I GERES. E-mail: vigsaudef1gerespe@gmail.com

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

Biomédica, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco E-mail: erlener.santos@ufpe.br

Fabíola Maria Ramos da Silva

Gestora Hospitalar, Especialista em Avaliação em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/LACEN PE. E-mail: fabiolaramos244@gmail.com

Gerusa Guerra Victor Silva

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Gestão de Serviço de Saúde e Gestão de Pessoas. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE E-mail: saudepopndf@gmail.com.

Girlene Conceição de Siqueira

Assistente Social, Especialista em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE-VI GERES. E-mail: gidisiqueira@gmail.com

Glaucy Beatriz Rodrigues Cavalcante

Enfermeira, Especialista em Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa de Itaenga – PE. E-mail: glaucybeatrizcavalcante@gmail.com

Henry Johnson Passos de Oliveira

Enfermeiro, Mestre em ciências da saúde. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE E-mail: henry123johnson@gmail.com

Jackeline Alves de Lucena Tabosa

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/VIII GERES. E-mail: caslgbtdef@gmail.com

José Humberto de Lima Melo

Biomédico, Mestre em Medicina Tropical. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/LACEN. E-mail: jhumberto.melo@saude.pe.gov.br

Karina Catanho de Oliveira
Fisioterapeuta, Especialista em Acupuntura. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: picsses@gmail.com

Karla Freire Baeta
Médica Veterinária, Mestre em Ciência Animal. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/ APEVISA. E-mail: karlabaeta.apevisa@gmail.com

Keilla Maria Paz e Silva
Biomédica, Doutora em Biologia Aplicada à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/LACEN-PE. E-mail: keilla.silva@saude.pe.gov.br

Laís de Sá Menezes

Dentista, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE/DGAP. E-mail: laisdesamenezes@gmail.com

Laís Ferrari dos Santos

Médica Veterinária, Mestre em Ciência Animal. Secretaria Estadual de Saúde - SES-PE. E-mail: lais.cievs-8geres@gmail.com

Leonardo de Barros Lopes
Cientista Social, Mestre em Gestão do Desenvolvimento Local Sustentável. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: pctsese@gmail.com

Letícia Moreira Silva
Sanitarista, Especialista em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/PE). E-mail: leticia.moreiras@outlook.com

Letícia Rodrigues dos Santos
Nutricionista, Especialista em Nutrição, Clínica Hospitalar e Ambulatorial. Secretaria Estadual de Saúde - SES – PE/ESPPE. E-mail: nutrileti-
ciarodrigues@hotmail.com
Louriene de Oliveira Antunes
Nutricionista, Mestre em Nutrição em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: lourieneantunes@hotmail.com

Luanna Kattaryna Penha de Araújo
Farmacêutica, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Secretaria Estadual de Saúde - SES – PE/APEVISA. E-mail: luannakatty@gmail.com

Lucas Rafael Borges Santos
Dentista, Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: lucas.borges@ufpe.br

Luciana Alves Lima de Melo Frutuoso

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PEGVEV/DGIVE/SEVSAP. E-mail: llimafrutuoso2909@gmail.com

Luciana Garcia Figueiroa Ferreira
Enfermeira, Mestre em Gestão Governamental. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: lucianagfigueiroa@gmail.com

Manoel Marcelino de Lima Filho
Farmacêutico, Doutor em Bioquímica e Fisiologia. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/APEVISA. E-mail: manoelmarcelino.apevisa@gmail.com

Manuela Correia de Oliveira
Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/LACEN. E-mail: manuela.epidemiomio@gmail.com

Marcelle Karlyene Coelho Ramiro Costa
Dentista, Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/VIII GERES. E-mail: marcellecoelho@gmail.com

Marcelle Luana Carneiro Lemos
Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva. Instituição. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/APEVISA. E-mail: marcelle.apevisa@gmail.com

Maria de Fátima Pinto Ribeiro
Dentista, Doutora em Odontologia Preventiva e Social. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/I GERES. E-mail: mfpribeiro.FR@gmail.com

Maria Eduarda Soares Diniz Antunes
Psicóloga, Especialista em Gestalt-Terapia. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/DGASP. E-mail: diretoriadgaspespe@gmail.com

Maria Júlia de Souza Nascimento
Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/DGASP. E-mail: diretoriadgaspespe@gmail.com

Marília Maria de Lucena Macedo
Fonoaudióloga, Mestre em Ciências da Linguagem. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: macedo.maria.m@gmail.com

Michelly Bezerra dos Santos Rabelo
Fisioterapeuta, Mestre em Ciências em Oncologia. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/VIII GERES. E-mail: chellyfisio@gmail.com

Monica Rita da Silva Simplicio
Enfermeira, Especialista em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/ DGPET. E-mail: monica_rita_silva@hotmail.com

Nicole Viana Leal
Médica, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: nicolevl29@gmail.com

Rafael Mota Mendonça
Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/ APEVISA. E-mail: rafaelmota.apevisa@gmail.com

Rafaella de Andrade Silva
Cavalcanti
Nutricionista, Doutora em Nutrição. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/ APEVISA. E-mail: rafaella.andrade.apevisa@gmail.com

Ranyele Paula Da Silva
Estudante de Nutrição. Secretaria estadual de saúde – SES/PE. E-mail: ranyelepaula0@gmail.com

Raquel Leopoldino da Silva
Estudante de Nutrição. Secretaria estadual de saúde – SES/PE. E-mail: raquellds98@gmail.com

Raquel Neposiano da Silva

Enfermeira, Especialista em Gestão em Serviços de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/VI GERES
E-mail: atsaudevigeres@gmail.com

Roberta Gomes Menezes de Lima

Dentista, Mestre em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE.
E-mail: rgmlgab@gmail.com

Roberta Mendes Batista de Oliveira

Enfermeira e Psicóloga, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/ESPPE
E-mail: roberta.esppe@gmail.com

Robson Cruz Ramos da Silva

Enfermeiro, Especialista Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: robson.cruz@ufpe.br

Rodrigo Cardoso dos Santos

Fisioterapeuta, Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. DGAP. E-mail: cppfapses-pe@gmail.com

Romildo Siqueira de Assunção

Médico, Mestre em Vigilância Sobre Saúde. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/ APEVISA. E-mail: romildo_assuncao@yahoo.com.br

Sheila Calixto Silva de Albuquerque

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública com ênfase em Vigilância em Saúde. Universidade de Pernambuco. E-mail: shebrenda6@gmail.com

Suelen d'Andrada Cruz

Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde Coletiva. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE/DGASP. E-mail: suelencruzto@gmail.com

Tatiana de Paula Santana da Silva

Fonoaudióloga, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: tatiana.paula84@soufits.com.br

Thobias Cavalcanti Laurindo Pereira

Psicólogo, Mestre em Neurociência Cognitiva. IMIP. E-mail: thobiascavalcanti@gmail.com

Victor Manoel Pereira da Silva

Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva. Instituto Aggeu Magalhães. E-mail: victormanuelps123@gmail.com

Vilma Cristina Aleixo da Silva

Assistente Social, Especialista em Projetos Sociais e Políticas Públicas. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: vilmacristina10@gmail.com

Vilma Maria Pereira Ramos

Nutricionista, Mestre em Saúde Pública. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: segurancaalimentarpe@gmail.com

Virgínia Maria Holanda de Moura

Enfermeira, Mestre em Políticas Públicas. Secretaria Estadual de Saúde – SES/PE. E-mail: picsses@gmail.com

Secretaria
da Saúde



GOVERNO DE
**PER
NAM
BU**CO
ESTADO DE MUDANÇA