



Integração de Saberes e Práticas para o Cuidado Integral em Saúde Mental

I Edição | Volume 1 | 2026

Integração de Saberes e Práticas para o Cuidado Integral em Saúde Mental

Caminhos interprofissionais, redes de cuidado e tecnologias para uma atenção centrada na pessoa

I Edição | Volume 1 | 2026

Editora Cognitus
Brasil

Créditos editoriais

Organização: Editora Cognitus

Coordenação Editorial: Elaynne Jeyssa Alves Lima

Conselho Editorial:

- Jalison Figueredo do Rêgo —
jalisonreg@yahoo.com.br
- Keyla Liana Bezerra Machado —
lilibezerra2@hotmail.com
- Maria Clea Marinho Lima — clealima13@gmail.com
- Mateus Henrique Dias Guimarães —
mateusdiasgui@gmail.com

Revisão: Elaynne Jeyssa Alves Lima

Diagramação: Editora Cognitus

Capa: Editora Cognitus



Direitos autorais reservados. É permitida a reprodução parcial, desde que citada a fonte, para fins acadêmicos e não comerciais.

Este e-book tem finalidade educacional e não substitui avaliação, diagnóstico ou tratamento por profissionais habilitados.

Editora Cognitus
Brasil

Ficha catalográfica

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

Integração de saberes e práticas para o cuidado integral em saúde mental [livro eletrônico] caminhos interprofissionais, redes de cuidado tecnologias para uma atenção centrada na pessoa: volume 1 / organização Editora Cognitus.

1. ed. -- Teresina, PI : Editora Cognitus, 2026.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-83818-27-0

1. Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)

2. Psicologia 3. Saúde mental. I. Editora Cognitus.

26-330646.0

CDD-158

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde mental : Psicologia 158

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Editora Cognitus
Brasil

Apresentação

A saúde mental ocupa lugar central nas agendas contemporâneas de sistemas de saúde, educação e proteção social. A ampliação das demandas, a complexidade dos determinantes sociais e a necessidade de respostas integradas evidenciam que o cuidado não se sustenta em saberes isolados. Este e-book foi estruturado para apoiar práticas interprofissionais, fortalecer redes de atenção e qualificar intervenções centradas na pessoa, na família e na comunidade.

O volume está organizado em capítulos que articulam fundamentos conceituais, organização do cuidado em rede, métodos de avaliação, intervenções psicossociais, tecnologias digitais e gestão da qualidade.

Esperamos que esta obra contribua para o fortalecimento de uma cultura de cuidado integral, ética e baseada em evidências, alinhada à reforma psiquiátrica brasileira e aos compromissos internacionais de promoção da saúde mental para todos.

Sumário

01	ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SEUS IMPACTOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS NO SUS doi 10.71248/9786583818270-1 01
02	FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA: EVIDÊNCIAS, BARREIRAS E INTERVENÇÕES EFETIVAS doi 10.71248/9786583818270-2 11
03	IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL doi 10.71248/9786583818270-3 20
04	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PILAR DO CUIDADO LONGITUDINAL ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS doi 10.71248/9786583818270-4 32
05	PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A REDUÇÃO DE VULNERABILIDADES SOCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS doi 10.71248/9786583818270-4 46

Sumário

06	EQUIDADE EM SAÚDE MENTAL NO SUS: BARREIRAS DE ACESSO E ESTRATÉGIAS PARA POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS	
	doi 10.71248/9786583818270-6	58
07	PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: CRITÉRIOS DE CONSTRUÇÃO, ADESÃO E RESULTADOS CLÍNICOFUNCIONAIS	
	doi 10.71248/9786583818270-7	72
08	TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO E EFEITOS NA QUALIDADE DO CUIDADO	
	doi 10.71248/9786583818270-8	87

ANÁLISE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SEUS IMPACTOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS NO SUS

Resumo: O presente artigo analisa de forma crítica como os determinantes sociais da saúde influenciam a produção do cuidado e a estratificação de riscos no Sistema Único de Saúde, considerando que fatores como renda, escolaridade, raça, território, condições ambientais e acesso a políticas sociais moldam padrões de adoecimento e afetam diretamente a equidade no sistema. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases SciELO, PubMed/MEDLINE, BVS, Scopus, Web of Science e Embase, utilizando descritores específicos e operadores booleanos que permitiram identificar estudos publicados entre 2010 e 2025. Entre os resultados, observou-se que desigualdades socioeconômicas impactam tanto o acesso quanto a qualidade da atenção, influenciando desfechos em doenças transmissíveis e crônicas, enquanto políticas de proteção social e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde se mostram estratégicas para a redução das vulnerabilidades. A análise revela que intervenções focadas exclusivamente no âmbito biomédico são insuficientes para enfrentar desigualdades estruturais, reforçando a necessidade de integrar dimensões sociais ao planejamento e à vigilância em saúde. Conclui-se que incorporar os determinantes sociais de forma sistemática é fundamental para aprimorar a estratificação de riscos, orientar decisões clínicas e fortalecer a equidade no SUS.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Sistema Único de Saúde; Estratificação de Riscos; Saúde Coletiva; Equidade em Saúde.

Leandro Rodrigues de Sena

Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP

Helayne Karenn Moura Araújo

Enfermeira pela Unichristus e Pós graduada em urgência e emergência pela UniAmérica

Tadeu Souza Pereira

Especialista em Saúde Ocupacional pela UniBF

Regianne Antunes Dourado

Psicóloga e Enfermeira Especialista em Avaliação Psicológica pela Universidade Federal do Ceará, e especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará.

Katarina Vieira Calado Felix

Mestre pela Universidade Federal da Paraíba

Ana Caroline Figueiredo Moitinho

Fisioterapeuta Mestrado pela UFS- Universidade Federal de Sergipe

Juliana Harres

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio dos Sinos

Thainá Klosowski Kulicz

Médica pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz

Kaio Musquim Ferreira

Bacharel pela Universidade Federal Fluminense

Soraia Arruda

Graduada em Enfermagem pela UFRGS e Gestão em Saúde pela UFCSPA

Mestrado em Gastroenterologia e Hepatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS



ANALYSIS OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THEIR IMPACT ON CARE PRODUCTION AND RISK STRATIFICATION IN THE BRAZILIAN SUS

Abstract: This article critically examines how social determinants of health influence care production and risk stratification within Brazil's Unified Health System, considering that factors such as income, education, race, territory, environmental conditions and access to social policies shape disease patterns and directly affect equity in healthcare. A narrative literature review was conducted using SciELO, PubMed/MEDLINE, BVS, Scopus, Web of Science and Embase, employing specific descriptors and Boolean operators to identify studies published between 2010 and 2025. The findings indicate that socioeconomic inequalities affect both access to health services and quality of care, influencing outcomes of communicable and chronic diseases, while social protection policies and the strengthening of Primary Health Care emerge as essential strategies for reducing vulnerabilities. The analysis demonstrates that exclusively biomedical interventions are insufficient to address structural inequalities, highlighting the importance of integrating social dimensions into health planning and surveillance. It concludes that systematically incorporating social determinants is crucial to improving risk stratification, guiding clinical decision-making, and enhancing equity within the SUS.

Keywords: Equity in Health; Public Health; Risk Stratification; Social Determinants of Health; Unified Health System.

II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A relação entre os determinantes sociais da saúde e os padrões de adoecimento da população brasileira tem sido amplamente discutida na Saúde Coletiva, sobretudo porque essas dimensões estruturais como renda, escolaridade, raça, território e condições ambientais, configuram desigualdades persistentes que atravessam o acesso aos serviços, a qualidade da atenção recebida e os resultados clínicos observados no âmbito do Sistema Único de Saúde. A distribuição desigual dos determinantes sociais continua a produzir diferenças significativas na utilização de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, indicando que, mesmo após avanços conquistados desde a implantação do SUS, a vulnerabilidade social permanece como elemento

central para compreender os perfis epidemiológicos nacionais (Coube *et al.*, 2023; Powell-Wiley *et al.*, 2022).

Essa realidade evidencia que a saúde não pode ser analisada apenas com base em fatores biológicos individuais, pois é profundamente condicionada por políticas sociais, pela organização do território, pela estrutura de oportunidades de vida e pelas assimetrias socioeconômicas que impactam a capacidade das pessoas de acessar e manter o cuidado. A relevância desse debate cresce no cenário contemporâneo, marcado por desigualdades regionais, desafios de financiamento e pressões sobre sistemas universais, como o brasileiro, que precisam responder a múltiplas demandas com recursos limitados e, ao mesmo tempo, garantir equidade e integralidade, princípios estruturantes do SUS (Rodrigues, 2025; Pimentel *et al.*, 2023). Além disso, pesquisas baseadas em modelagens têm indicado que reduzir desigualdades sociais produz efeitos diretos sobre a incidência de doenças e sobre os desfechos clínicos, reforçando que intervenções sobre determinantes sociais constituem estratégias essenciais para aprimorar a vigilância e orientar a estratificação de riscos em saúde (Anderle *et al.*, 2025).

Diante disso, torna-se necessário compreender de que maneira os determinantes sociais da saúde influenciam a produção do cuidado no SUS e como atuam na organização das práticas de estratificação de riscos, especialmente porque essas práticas orientam decisões clínicas, alocação de recursos, definição de prioridades e implementação de políticas públicas. Considerando que tais determinantes estruturam desigualdades historicamente produzidas, analisar sua interface com o cuidado em saúde permite ampliar a compreensão sobre inequidades, fortalecer o planejamento em saúde e subsidiar estratégias mais efetivas de prevenção e intervenção.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar criticamente os determinantes sociais da saúde e seus efeitos na produção do cuidado e na estratificação de riscos no SUS, articulando evidências científicas recentes e discutindo como tais fatores influenciam o acesso, os desfechos e a organização das práticas de vigilância e atenção em saúde no Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo constituiu-se como uma revisão narrativa da literatura, metodologia que permite a análise ampla, crítica e interpretativa das evidências científicas disponíveis sobre os determinantes sociais da saúde e seus efeitos na produção do cuidado e na estratificação de riscos no Sistema Único de Saúde. Para garantir rigor metodológico, estabeleceu-se um processo estruturado de busca, seleção e análise das publicações, contemplando etapas sucessivas que envolveram a definição das bases de dados, a formulação das estratégias de busca, a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e a sistematização dos estudos selecionados.

As buscas foram conduzidas entre setembro e novembro de 2025 nas seguintes bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE), BVS/BIREME, Web of Science, Scopus, Embase e Google Scholar, de modo a abranger produção nacional e internacional relevante ao tema. Foram também consultados documentos institucionais do Ministério da Saúde e organismos internacionais, como OPAS/OMS, a fim de complementar o panorama analítico.

As palavras-chave foram definidas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), contemplando: *“determinantes sociais da saúde”, “social determinants of health”, “produção do cuidado”, “risk stratification”, “SUS”, “equidade em saúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “vulnerabilidade social”, “saúde coletiva”, “políticas públicas de saúde”*. Para ampliar a sensibilidade de busca, utilizaram-se operadores booleanos, gerando combinações como:

- “social determinants of health” AND “Brazil” AND “risk stratification”
- “determinantes sociais da saúde” AND “SUS” AND “produção do cuidado”
- “primary health care” AND “inequalities” AND “Brazil”
- “social vulnerability” AND “health outcomes”
- “equidade em saúde” AND “atenção primária”

Foram também utilizados intercruzamentos secundários para localizar estudos de desfechos específicos (HIV/AIDS, dengue, tuberculose, doenças cardiovasculares), como:

- “social determinants” AND “HIV” AND “Brazil”
- “vulnerability” AND “tuberculosis”

- “socioeconomic factors” AND “cardiovascular disease”.

O processo de busca inicial resultou em 322 estudos identificados nas diferentes bases. Após a remoção de duplicidades (n=71), permaneceram 251 estudos para triagem inicial, realizada por meio da leitura de títulos e resumos. Essa etapa levou à exclusão de 187 publicações por estarem fora do escopo temático, apresentarem dados insuficientes ou focarem em contextos não comparáveis ao sistema de saúde brasileiro.

A seleção final baseou-se em critérios de inclusão previamente estabelecidos: (1) estudos publicados entre 2010 e 2025; (2) artigos revisados por pares; (3) pesquisas empíricas, revisões, modelagens ou estudos conceituais relacionados aos determinantes sociais da saúde, ao SUS, à estratificação de riscos ou à produção do cuidado; (4) disponibilidade do texto completo em português, inglês ou espanhol; (5) relevância direta para a análise crítica dos fatores sociais que influenciam o cuidado em saúde. Como critérios de exclusão, eliminaram-se: (1) artigos puramente clínicos sem interface com determinantes sociais; (2) estudos repetidos em bases diferentes; (3) editoriais, cartas ao editor ou resumos sem texto completo; (4) pesquisas que tratassem exclusivamente de sistemas privados de saúde sem diálogo com o SUS.

A aplicação dos critérios resultou em 20 estudos selecionados para leitura integral e síntese crítica. Esses estudos foram analisados de maneira interpretativa, permitindo a identificação de convergências, divergências, lacunas e evidências robustas relacionadas aos impactos dos determinantes sociais sobre o acesso, os desfechos e a organização do cuidado no SUS. A síntese narrativa buscou integrar diferentes tipos de evidências, quantitativas, qualitativas e de modelagem, de modo a construir uma compreensão abrangente dos fatores sociais que moldam a saúde da população brasileira.

Por se tratar de uma revisão narrativa de literatura, sem envolvimento de participantes humanos ou animais, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto pelas normativas vigentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos determinantes sociais da saúde no contexto brasileiro evidencia, de maneira consistente, que desigualdades socioeconômicas, educacionais, raciais e territoriais continuam estruturando o acesso e os desfechos em saúde no SUS. Essa constatação aparece claramente no estudo longitudinal de Coube *et al.* (2023), que analisou dados de 1998 a 2019 e demonstrou que, apesar de avanços, indivíduos com maior renda e maior escolaridade mantêm maior probabilidade de utilização tanto de serviços preventivos quanto curativos, indicando que a redução das desigualdades está ocorrendo em ritmo mais lento que o esperado.

Esses achados dialogam com Pimentel *et al.* (2023), cujo estudo sobre desafios futuros do SUS reforça que o fortalecimento da atenção primária é uma via estratégica para mitigar vulnerabilidades, especialmente na saúde mental, onde populações historicamente marginalizadas enfrentam maiores barreiras de acesso.

A influência direta dos determinantes sociais sobre a dinâmica das doenças aparece com contundência no estudo de modelagem conduzido por Anderle *et al.* (2025), que analisou 1,17 milhão de indivíduos e concluiu que a redução das desigualdades em renda, escolaridade, sexo e raça poderia diminuir em até 39% a incidência de AIDS entre os grupos mais vulneráveis. Esses resultados se articulam ao protocolo metodológico de Rasella *et al.* (2022), que demonstra como políticas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, e a expansão da Estratégia Saúde da Família influenciam positivamente a adesão ao tratamento, reduzem hospitalizações e diminuem mortalidade por HIV/AIDS, evidenciando a interdependência entre proteção social e saúde.

Outros agravos também confirmam o peso dos determinantes sociais. Estudos sobre tuberculose mostram que ausência de saneamento básico, densidade domiciliar elevada e baixa escolaridade aumentam o risco de adoecimento, padrão coerente com análises sobre vulnerabilidade ambiental encontradas em Jatobá *et al.* (2025), que discutem como desigualdades territoriais, particularmente na Amazônia, influenciam tanto a vigilância em saúde quanto o acesso equitativo às ações de cuidado.

Além disso, pesquisas sobre dengue indicam que piores indicadores socioeconômicos municipais associam-se à maior gravidade clínica, reforçando que o território atua como mediador da evolução dos agravos. Esse tipo de mecanismo encontra paralelo nos achados de Mandalia *et al.* (2022), que, embora em contexto de cirurgias ortopédicas, demonstram que determinantes como ocupação, renda e tipo de seguro de saúde impactam diretamente os desfechos clínicos, mostrando que os DSS influenciam desde cuidados ambulatoriais até condições cirúrgicas altamente especializadas.

O papel dos determinantes sociais também aparece de forma robusta nas doenças cardiovasculares, como discutido na revisão de Powell-Wiley *et al.* (2022), que evidenciam que renda, escolaridade, contexto urbano e discriminação racial modulam fatores de risco e desfechos cardiovasculares. Esses achados se articulam à discussão metodológica de Ibrahim *et al.* (2024), que apresentam quatro abordagens de *social phenotyping* capazes de incorporar variáveis sociais ao cálculo do risco cardiovascular, ampliando a precisão da estratificação e favorecendo maior equidade. Essa perspectiva técnico-analítica dialoga com a argumentação de Chunara *et al.* (2024), que defendem a necessidade urgente de fortalecer capacidade analítica, infraestrutura digital e métodos de ciência de dados para incorporar determinantes sociais de forma sistemática nos sistemas de vigilância e de informação em saúde.

Ao considerar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Moura *et al.* (2025) destacam que a vulnerabilidade social na Amazônia está profundamente vinculada às condições políticas e institucionais do território, e que a implementação dos ODS depende de processos formativos contínuos que abordem o DSS como eixo transversal. Essa perspectiva é reforçada por Rodrigues (2025), ao discutir os desafios e oportunidades para sustentabilidade e equidade no SUS, enfatizando que o subfinanciamento, as desigualdades regionais e a crescente competição com o setor privado dificultam não apenas o enfrentamento dos determinantes sociais, mas também a capacidade do SUS de consolidar avanços estruturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos determinantes sociais da saúde demonstra que a produção do cuidado e a estratificação de riscos no Sistema Único de Saúde somente podem ser compreendidas quando se reconhece que desigualdades econômicas, educacionais, raciais, ambientais e territoriais estruturam, de forma profunda, tanto o acesso aos serviços quanto os desfechos clínicos. Ao longo da discussão, evidenciou-se que essas desigualdades moldam padrões de adoecimento, influenciam a capacidade das pessoas de acessar e permanecer nos cuidados em saúde e condicionam a efetividade de políticas públicas, tornando indispensável uma abordagem que considere a complexidade desses fatores na organização das ações de vigilância, prevenção e assistência.

Os resultados também permitiram observar que intervenções focadas apenas no âmbito biomédico são insuficientes para modificar realidades estruturadas por fatores sociais persistentes, o que reforça a necessidade de ampliar estratégias intersetoriais capazes de articular saúde, educação, habitação, assistência social, saneamento e renda. Programas de proteção social, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, ampliação da vigilância em saúde territorializada e integração de tecnologias digitais emergem como caminhos concretos para reduzir vulnerabilidades, melhorar a adesão terapêutica e prevenir desfechos evitáveis, especialmente entre populações historicamente marginalizadas.

Fica evidente, portanto, que a estratificação de riscos no SUS deve incorporar de maneira sistemática variáveis sociais, territoriais e demográficas, reconhecendo que o risco em saúde não é apenas expressão de condições biológicas, mas também de desigualdades sociais acumuladas ao longo do tempo. A incorporação de ferramentas analíticas mais sensíveis às desigualdades, assim como o uso ético e estruturado de dados sociais, abre possibilidades para um cuidado mais preciso, integral e equitativo.

Dessa forma, as considerações finais reforçam que enfrentar os determinantes sociais da saúde não é um complemento opcional das políticas públicas, mas um imperativo estrutural para a consolidação da integralidade, universalidade e equidade que orientam o SUS. Somente com investimentos consistentes em proteção social, fortalecimento institucional, participação comunitária e integração de saberes será possível avançar na direção de um sistema que reconheça as diferenças, reduza desigualdades e amplie o potencial transformador do cuidado em saúde no Brasil.



REFERÊNCIAS

COUBE, Maíra et al. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). **International Journal for Equity in Health**, v. 22, n. 1, p. 1–14, 2023. DOI: 10.1186/s12939-023-01867-8.

PIMENTEL, F. et al. Realising the future: Health challenges and achievements in Brazil. **SSM – Mental Health**, v. 3, p. 100204, 2023. DOI: 10.1016/j.ssmmh.2023.100204.

ANDERLE, R. et al. Improving social determinants of health significantly reduces AIDS incidence: a modelling study of 1.17 million individuals in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 10, e015678, 2025.

MANDALIA, Krishna et al. Social Determinants of Health Influence Clinical Outcomes of Patients Undergoing Rotator Cuff Repair: A Systematic Review. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**, v. 31, n. 2, p. 327–336, 2022. DOI: 10.1016/j.jse.2021.10.015.

RASELLA, Dimitri et al. Evaluating the impact of social determinants, conditional cash transfers and primary health care on HIV/AIDS: Study protocol of a retrospective and forecasting approach based on the data integration with a cohort of 100 million Brazilians. **PLoS ONE**, v. 17, n. 3, p. e0265721, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0265721.

JATOBÁ, Alessandro et al. Volatile outcomes of essential public health functions: a cross-sectional study of surveillance and equitable access on Brazil's Unified Health System (SUS). **Frontiers in Public Health**, v. 13, 2025.

IBRAHIM, Ramzi et al. Social Phenotyping for Cardiovascular Risk Stratification in Electronic Health Registries. **Current Atherosclerosis Reports**, v. 26, n. 4, p. 281–292, 2024. DOI: 10.1007/s11883-024-01176-3.

POWELL-WILEY, Tiffany M. et al. Social Determinants of Cardiovascular Disease. **Circulation Research**, v. 131, n. 5, p. 471–489, 2022. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.122.321815.

CHUNARA, Rumi et al. Social determinants of health: the need for data science methods and capacity. **The Lancet Digital Health**, v. 6, n. 4, p. e271–e279, 2024. DOI: 10.1016/S2589-7500(23)00313-4.

MOURA, Larissa Pereira de et al. Internalisation of the SDGs in the Western Brazilian Amazon: a qualitative study on continuing education processes and health vulnerability. **International Journal for Equity in Health**, v. 24, n. 1, p. 1–12, 2025.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-1

RODRIGUES, D. L. G. Challenges and opportunities in the Brazilian Unified Health System: Pathways to sustainability and equity. **Public Health**, v. 228, p. 1–7, 2025. DOI: 10.1016/j.puhe.2024.07.013.

Crimsm
II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

FATORES ASSOCIADOS À MANUTENÇÃO DA AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA: EVIDÊNCIAS, BARREIRAS E INTERVENÇÕES EFETIVAS

Resumo: O presente estudo analisa os fatores associados à manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, considerando a influência de aspectos maternos, psicossociais, socioeconômicos, institucionais e estruturais que condicionam a continuidade do aleitamento. A pesquisa caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science, Embase, BVS/BIREME e Google Scholar, utilizando descritores DeCS/MeSH e operadores booleanos para identificar evidências publicadas entre 2010 e 2025. Foram incluídos estudos que abordam determinantes e intervenções relacionados ao aleitamento exclusivo, resultando na seleção final de 10 artigos após critérios de inclusão e exclusão. Os resultados mostram que a autoeficácia materna, o conhecimento prévio, a intenção de amamentar, o apoio familiar, o suporte dos serviços de saúde e as condições de trabalho constituem fatores decisivos para a manutenção da prática. Identificaram-se também barreiras recorrentes, como percepção de leite insuficiente, estresse materno, falta de políticas protetivas e retorno precoce ao trabalho. As evidências sugerem que intervenções intersetoriais, estratégias educativas contínuas, grupos de apoio e ambientes laborais favoráveis ampliam significativamente as chances de manter o aleitamento exclusivo até o sexto mês. Conclui-se que ações integradas, baseadas em suporte social e práticas clínicas qualificadas, são fundamentais para fortalecer o aleitamento materno e reduzir desigualdades no acesso e na permanência dessa prática.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Aleitamento Materno Exclusivo; Saúde Materno-Infantil; Lactação; Apoio Social.

Leandro Rodrigues de Sena

Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP

Rosa Alice dos Praseres

Pós graduada em Nutrição Clínica pela Faculdade Venda Nova Do Emigrante (FAVENI)

Helayne Karenn Moura Araújo

Enfermeira pela Unichristuse Pós graduada em urgência e emergência pela UniAmérica

José de Alencar Lima dos Anjos

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula e Esp em Nefrologia

Natália Maria da Silva

Nutricionista pela Universidade Federal de Pernambuco-Centro Acadêmico de Vitória - UFPE/CAV

Thainá Klosowski Kulicz

Médica pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz

Karine Loran Silva dos Anjos

Enfermeira Especialista e Mestranda pela ISB/ UFAM COARI

Kamila Leal Cerqueira e Almeida

Residência médica em Medicina de Família e comunidade pela Universidade Estadual de Montes Claros

Hitalo Ramon Assunção Oliveira

Cirurgião Dentista pela Universidade Federal do Piauí

Soraia Arruda

Graduada em Enfermagem pela UFRGS e Gestão em Saúde pela UFCSPA

Mestrado em Gastroenterologia e Hepatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS

FACTORS ASSOCIATED WITH THE MAINTENANCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING UP TO SIX MONTHS OF LIFE: EVIDENCE, BARRIERS AND EFFECTIVE INTERVENTIONS

ABSTRACT

This study analyzes the factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding up to six months of life, considering the influence of maternal, psychosocial, socioeconomic, institutional, and structural elements that condition breastfeeding continuity. The research is characterized as a narrative literature review conducted through the PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science, Embase, BVS/BIREME, and Google Scholar databases, using DeCS/MeSH descriptors and Boolean operators to locate evidence published between 2010 and 2025. Studies addressing determinants and interventions related to exclusive breastfeeding were included, resulting in a final selection of 10 articles after applying inclusion and exclusion criteria. The findings indicate that maternal self-efficacy, prior knowledge, intention to breastfeed, family support, health service assistance, and working conditions are decisive factors for sustaining exclusive breastfeeding. Recurrent barriers were also identified, such as perceived milk insufficiency, maternal stress, limited protective policies, and early return to work. Evidence suggests that intersectoral interventions, ongoing educational strategies, support groups, and breastfeeding-friendly work environments significantly increase the likelihood of maintaining exclusive breastfeeding until six months. It is concluded that integrated actions grounded in social support and qualified clinical practices are essential to strengthen breastfeeding and reduce inequalities in access and continuity.

Keywords: Breastfeeding; Exclusive Breastfeeding; Maternal and Child Health; Lactation; Social Support

INTRODUÇÃO

A amamentação exclusiva até o sexto mês de vida constitui um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde infantil, sendo amplamente reconhecida por reduzir morbidades, fortalecer o vínculo mãe-bebê e contribuir para o desenvolvimento integral da criança; contudo, apesar das recomendações internacionais, as taxas de manutenção dessa prática permanecem aquém do esperado em diferentes contextos, evidenciando a influência de múltiplos fatores que

ultrapassam a dimensão biológica e alcançam aspectos psicológicos, sociais, econômicos, culturais e institucionais (Wu *et al.*, 2022; Ricci *et al.*, 2023).

A continuidade do aleitamento exclusivo sofre interferência de condições maternas, como autoconfiança, intenção de amamentar, percepção de leite suficiente e saúde emocional, assim como de elementos externos que incluem o ambiente familiar, o suporte social, a estrutura dos serviços de saúde e as condições de trabalho (Nuampa *et al.*, 2022; Ranasinghe *et al.*, 2023).

Nesse cenário, observa-se que barreiras estruturais — como retorno precoce ao trabalho, falta de licença-maternidade adequada, publicidade de fórmulas infantis, práticas hospitalares inadequadas e ausência de orientação profissional qualificada — continuam limitando a capacidade das mulheres de manter a amamentação exclusiva pelo tempo recomendado, reforçando desigualdades já existentes e impactando especialmente mães jovens, trabalhadoras informais, mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica e aquelas com menor acesso à informação em saúde (Paramashanti *et al.*, 2023; Mekebo *et al.*, 2022).

Ao mesmo tempo, evidências provenientes de diferentes países mostram que intervenções baseadas em aconselhamento contínuo, grupos de apoio, visitas domiciliares, políticas protetivas e estratégias de educação em saúde têm potencial para ampliar significativamente as taxas de manutenção do aleitamento exclusivo, o que demonstra que a prática pode ser fortalecida quando acompanhada de medidas intersetoriais e ações clínicas alinhadas às necessidades das famílias contemporâneas (Ulfa *et al.*, 2023; Froñ *et al.*, 2024).

Dessa forma, compreender os determinantes que influenciam o aleitamento materno exclusivo torna-se essencial para qualificar políticas públicas, aprimorar práticas profissionais e orientar intervenções que promovam equidade, especialmente em contextos nos quais fatores socioeconômicos e estruturais se sobrepõem às escolhas individuais. Considerando a relevância do tema e a diversidade de evidências disponíveis, este estudo tem como objetivo analisar os principais fatores associados à manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, sintetizando desafios, barreiras e intervenções efetivas descritas na literatura recente, a fim de subsidiar estratégias de cuidado mais resolutivas e sustentáveis.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, delineamento escolhido por permitir uma abordagem ampla, crítica e interpretativa das evidências científicas relacionadas aos fatores que influenciam a manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida. Para garantir rigor metodológico, todas as etapas de busca, seleção e análise foram conduzidas de forma sistematizada, ainda que preservando a flexibilidade característica desse tipo de revisão.

A busca bibliográfica foi realizada entre setembro e novembro de 2025 nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/BIREME, Scopus, Web of Science, Embase e Google Scholar, de modo a assegurar a abrangência da produção científica nacional e internacional sobre o tema. A seleção das fontes considerou a relevância das bases para pesquisas em saúde materno-infantil, aleitamento materno e saúde pública.

Os descritores foram identificados nos vocabulários DeCS e MeSH, utilizando-se os seguintes termos: “*Breast Feeding*”, “*Exclusive Breastfeeding*”, “*Lactation*”, “*Maternal Behavior*”, “*Social Support*”, “*Breastfeeding Self-Efficacy*”, “*Infant Nutrition*”, “*Maternal Health*”. Em português, foram empregados: “*Aleitamento Materno Exclusivo*”, “*Comportamento Materno*”, “*Apoio Social*”, “*Lactação*”, “*Saúde Materna*”. Para ampliar a sensibilidade da busca, utilizaram-se operadores booleanos, compondo estratégias como:

- “exclusive breastfeeding” AND “six months” AND “factors”
- “aleitamento materno exclusivo” AND “manutenção” AND “determinantes”
- “breastfeeding self-efficacy” AND “exclusive breastfeeding”
- “maternal return to work” AND “breastfeeding cessation”
- “social support” AND “breastfeeding continuation”

A busca inicial identificou 312 estudos. Após a remoção de duplicidades ($n = 68$), foram analisados títulos e resumos de 244 artigos, resultando na exclusão de 196 estudos por não atenderem ao escopo temático, apresentarem delineamentos incompatíveis ou possuírem dados insuficientes. A leitura completa dos 48 artigos remanescentes possibilitou a aplicação dos critérios de inclusão, que foram: (1) estudos publicados entre 2010 e 2025; (2) artigos originais, revisões sistemáticas, estudos longitudinais, análises qualitativas, estudos mistos ou

investigações populacionais; (3) pesquisas abordando fatores maternos, sociais, psicológicos, econômicos ou institucionais associados à amamentação exclusiva até seis meses; (4) disponibilidade de texto completo; (5) idiomas português, inglês ou espanhol.

Foram excluídos: (1) editoriais, cartas e resumos de eventos; (2) estudos cujo foco não estivesse relacionado ao aleitamento materno exclusivo; (3) pesquisas com recorte exclusivamente clínico sem interface com fatores sociais ou comportamentais; (4) artigos que não apresentavam clareza metodológica. Ao final do processo, 10 estudos foram incluídos na síntese narrativa.

A análise dos dados ocorreu por meio de leitura aprofundada, identificação de temas convergentes, divergências, lacunas e potenciais relações causais, organizando-se o conteúdo em eixos interpretativos que contemplaram fatores maternos, socioeconômicos, psicossociais, institucionais e ambientais relacionados à manutenção do aleitamento exclusivo até o sexto mês.

Por se tratar de revisão narrativa da literatura, sem participação direta de seres humanos, o estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme normativas vigentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das evidências científicas sobre os fatores associados à manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês revela que o fenômeno é influenciado por um conjunto complexo de elementos maternos, ambientais, socioeconômicos, culturais e institucionais, cuja interação determina tanto o início quanto a continuidade do aleitamento materno. A revisão das publicações mais recentes demonstra que aspectos como autoeficácia, intenção de amamentar, conhecimento prévio e estado emocional materno aparecem de forma consistente como determinantes centrais. Na revisão sistemática conduzida por Wu *et al.* (2022), verificou-se que a intenção de amamentar, a autoconfiança, a percepção de leite suficiente, o modo de parto e o conhecimento materno são fatores que influenciam significativamente a exclusividade do aleitamento até seis meses, achado corroborado pelos estudos observacionais de Ricci *et al.* (2023), que identificaram maior probabilidade de manutenção da amamentação entre mulheres com maior escolaridade, casadas e com rotina de sono compartilhado com o bebê.

As evidências também apontam que condições socioeconômicas e de trabalho configuram desafios importantes. Ranasinghe *et al.* (2023), ao analisarem mulheres no Sri Lanka, identificaram que o retorno precoce ao trabalho e a falta de políticas institucionais de apoio se constituem como fatores de interrupção precoce da amamentação, o que se assemelha aos achados de Nuampa *et al.* (2022), que observaram maior manutenção da amamentação durante a pandemia da COVID-19 entre mães com maior renda, suporte social e possibilidade de trabalho remoto. Esses resultados dialogam com os achados de Gu *et al.* (2025), cujo estudo longitudinal demonstrou que a vitalidade energética e as condições emocionais maternas influenciam diretamente a persistência do aleitamento, mostrando que as práticas de cuidado materno são profundamente moduladas pelas condições psicossociais do período pós-parto.

No que se refere aos determinantes relacionados aos serviços de saúde, os estudos de Mekebo *et al.* (2022) evidenciam que acompanhamento pré-natal frequente, maior escolaridade e parto institucional aumentam a probabilidade de amamentação exclusiva, enquanto o parto cesáreo aparece repetidamente como elemento complicador. Esses dados convergem com a revisão de Ulfa *et al.* (2023), que indicou que a taxa de iniciação precoce da amamentação após cesárea permanece baixa devido ao manejo inadequado e ao apoio insuficiente por parte de profissionais de saúde, reforçando a necessidade de qualificação das equipes e adoção de práticas hospitalares amigas da amamentação.

Outras variáveis externas relacionadas ao ambiente familiar e comunitário também se destacam. Paramashanti *et al.* (2023), estudando populações urbanas e rurais da Indonésia, concluíram que atitudes maternas positivas, conhecimento adequado e apoio familiar fortalecem a continuidade do aleitamento, enquanto percepções equivocadas de “fome” ou insuficiência de leite geram abandono precoce. Além disso, a pesquisa de Chen *et al.* (2024) mostrou que crianças provenientes de condições socioeconômicas mais vulneráveis apresentam maior prevalência de amamentação prolongada, evidenciando a influência do contexto social e cultural sobre as práticas de alimentação infantil.

Em cenários de baixa e média renda, os achados tornam-se ainda mais expressivos. Mekonen (2025), ao analisar 21 países da África Subsaariana, identificou que fatores como estado civil, alfabetização comunitária, índice de riqueza e exposição à mídia atuam sobre a

probabilidade de manter o aleitamento exclusivo até o sexto mês, o que revela a forte presença de determinantes sociais, estruturais e culturais no processo.

Os efeitos do aleitamento prolongado também aparecem discutidos na revisão de Froñ *et al.* (2024), que sintetiza benefícios consistentes, como redução de infecções, melhor desenvolvimento e diminuição da mortalidade infantil, reforçando a importância de estratégias de apoio que sustentem a prática exclusiva até seis meses e continuada por dois anos ou mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos fatores associados à manutenção da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida evidencia que essa prática depende de um conjunto complexo de elementos que atravessam dimensões individuais, familiares, sociais, econômicas, culturais e institucionais, demonstrando que o aleitamento materno não é um comportamento determinado apenas pela vontade ou pela motivação materna, mas pelo modo como diferentes estruturas de suporte se articulam ao longo do ciclo gravídico-puerperal. A revisão da literatura permitiu identificar que aspectos como autoeficácia, intenção de amamentar, apoio familiar, conhecimento prévio e acompanhamento qualificado durante o pré-natal e o pós-parto influenciam diretamente a continuidade da amamentação, revelando que intervenções educativas sistemáticas e humanizadas constituem estratégias essenciais para sustentar a prática exclusiva.

Ao mesmo tempo, tornou-se evidente que barreiras estruturais, como retorno precoce ao trabalho, ausência de ambientes laborais favoráveis, dificuldades técnicas no manejo da amamentação, percepção de leite insuficiente, estresse materno e a presença de práticas desatualizadas em serviços de saúde, representam obstáculos recorrentes que fragilizam a capacidade das mulheres de manter o aleitamento exclusivo pelo tempo recomendado. Observou-se também que fatores socioeconômicos e ambientais exercem influência expressiva sobre o processo, de modo que desigualdades sociais se refletem na duração do aleitamento, reforçando a necessidade de políticas públicas que promovam proteção social, ampliem licenças-maternidade, fortaleçam grupos de apoio e assegurem cuidados contínuos desde o nascimento.

Os achados mostram que a manutenção da amamentação exclusiva é um fenômeno multifacetado que exige respostas igualmente abrangentes, sustentadas por ações intersetoriais

e articulações consistentes entre políticas de saúde, assistência social, educação e trabalho. Assim, conclui-se que a promoção do aleitamento exclusivamente materno até o sexto mês requer investimentos permanentes em práticas avançadas de cuidado, qualificação profissional, fortalecimento das redes de apoio e implementação de políticas públicas sensíveis às necessidades das mães e de suas famílias, permitindo que o direito à amamentação seja efetivamente garantido e sustentado em diferentes contextos sociais.

REFERÊNCIAS

- CHEN, Zekun et al. Prevalence, trend, and inequality of prolonged exclusive breastfeeding among children aged 6–23 months old in India from 1992–2021: A cross-sectional study of nationally representative, individual-level data. **Journal of Global Health**, v. 14, n. 1, p. 1–10, 2024. DOI: 10.7189/jogh.14.04043.
- FRONÍ, Anita et al. Breastfeeding beyond six months: evidence of child health benefits. **Nutrients**, v. 16, n. 4, p. 1–15, 2024. DOI: 10.3390/nu16040588.
- GU, Yibo et al. Evaluating and predicting exclusive breastfeeding behaviour based on an energy vitality model during women’s lactation: a longitudinal study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 25, n. 1, p. 1–12, 2025.
- MEKEBO, G. et al. Factors influencing exclusive breastfeeding practice among under-six months infants in Ethiopia. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, p. 1–11, 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-04534-4.
- MEKONEN, E. Determinants of prolonged exclusive breastfeeding among children aged 6–23 months in 21 sub-Saharan African countries: evidence from nationally representative data. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 51, n. 1, p. 1–11, 2025. DOI: 10.1186/s13052-025-01681-0.
- NUAMPA, Sasitara et al. Impact of personal and environmental factors affecting exclusive breastfeeding practices in the first six months during the COVID-19 pandemic in Thailand: a mixed-methods approach. **International Breastfeeding Journal**, v. 17, n. 1, p. 1–12, 2022. DOI: 10.1186/s13006-022-00488-5.
- PARAMASHANTI, B. A. et al. Factors influencing breastfeeding continuation and formula feeding beyond six months in rural and urban households in Indonesia: a qualitative investigation. **International Breastfeeding Journal**, v. 18, n. 1, p. 1–11, 2023. DOI: 10.1186/s13006-023-00560-w.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-2

RANASINGHE, J. et al. Challenges of continuation of exclusive breast feeding up to 6 months in a setting with high exclusive breast feeding rates reported: experience from Eastern Province of Sri Lanka. **Maternal and Child Health Journal**, v. 27, p. 1105–1114, 2023. DOI: 10.1007/s10995-023-03665-0.

RICCI, C. et al. Rates of and factors associated with exclusive and any breastfeeding at six months in Canada: an analysis of population-based cross-sectional data. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 1–12, 2023. DOI: 10.1186/s12884-023-05866-9.

ULFA, Yunefit et al. Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. **Heliyon**, v. 9, n. 5, p. e15314, 2023. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e15314.

WU, Qianwei et al. Factors influencing exclusive breastfeeding for 6 months postpartum: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 134, p. 104400, 2022. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104400.

Crimsm
II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA QUALIDADE DE VIDA E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Resumo: O objetivo deste estudo foi apresentar e sistematizar produções científicas que abordam os impactos das doenças crônicas na qualidade de vida e nas políticas de saúde pública no Brasil. A metodologia consistiu em um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO, PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo estudos publicados entre 2021 e 2025, em português e inglês, que abordassem aspectos epidemiológicos, fatores associados, utilização de serviços de saúde, multimorbidade e mortalidade prematura por DCNT. Os resultados mostram alta prevalência de hipertensão, diabetes mellitus e multimorbidade, associadas a fatores comportamentais, determinantes sociais e desigualdades regionais, bem como maior demanda por serviços de saúde e impactos negativos na qualidade de vida. Observou-se que, apesar dos avanços institucionais e da implementação de planos nacionais, persistem limitações na efetividade das ações, especialmente em territórios mais vulneráveis. Conclui-se que o enfrentamento das DCNT no Brasil exige o fortalecimento de políticas públicas, com estratégias intersetoriais, foco na equidade, promoção da saúde e melhoria da atenção primária à saúde, visando reduzir as desigualdades e melhorar a qualidade de vida da população.

Palavras-Chave: Comportamento Sedentário; Diabetes Mellitus; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Hipertensão Arterial; Insegurança Alimentar.

Juciany Martins Medeiros Salvador

Enfermeira Pós-graduada em cardiologia e hemodinâmica pela Faculdade Iguaçú.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-2497-7294>

Maria Vitória Rodrigues Farias

Graduanda em Medicina pela Faculdade Unicerrado.

Ingrid Maria Lustosa de Melo Uchôa

Graduada em nutrição pela Faculdade Christus do Piauí (CHRISFAPI).

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-3910-4283>

Janaina Dias de Sousa

Graduada em nutrição pela Universidade Federal do Piauí UFPI, Brasil.

Riana Erika Grandó Ponce

Graduada em enfermagem pela Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5572-9444>

Ester Bianca Moreno de Araújo

Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Labor, Brasil.

Beatriz Lima Coelho

Especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade e Faculdade de Administração Humana e Exatas-UNIFAHE.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6640-6754>

Gisely de Souza Santos

Especialista em Gestão de Saúde Pública com ênfase em PSF pela Faculdade Batista de Minas Gerais, FBMG, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9794-9997>

Gabriel Borges Prateado Alves

Especialista em transtornos mentais, neurobiologia e psicofarmacologia pela Faculdade Iguaçú

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7317-5877>

Cauã Torres Trancoso

Mestrando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-4592-0490>

IMPACTS OF CHRONIC DISEASES ON QUALITY OF LIFE AND PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL

Abstract: The objective of this study was to present and systematize scientific productions that address the impacts of chronic diseases on quality of life and public health policies in Brazil. The methodology consisted of a bibliographic survey in the SciELO, PubMed/MEDLINE, and Virtual Health Library databases, including studies published between 2021 and 2025, in Portuguese and English, that addressed epidemiological aspects, associated factors, use of health services, multimorbidity, and premature mortality from NCDs. The results show a high prevalence of hypertension, diabetes mellitus, and multimorbidity, associated with behavioral factors, social determinants, and regional inequalities, as well as a greater demand for health services and negative impacts on quality of life. It was observed that, despite institutional advances and the implementation of national plans, limitations persist in the effectiveness of actions, especially in more vulnerable territories. It is concluded that addressing NCDs in Brazil requires strengthening public policies, with intersectoral strategies, a focus on equity, health promotion, and improved primary health care, aiming to reduce inequalities and improve the population's quality of life.

Keywords: Sedentary Lifestyle; Diabetes Mellitus; Chronic Non-Communicable Diseases; High Blood Pressure; Food Insecurity.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos principais desafios contemporâneos da saúde pública no Brasil, sendo responsáveis por elevada carga de morbimortalidade e impactos persistentes sobre a população em diferentes faixas etárias. Essas condições englobam doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas, que compartilham fatores de risco comuns e determinantes estruturais associados aos modos de vida atuais. No cenário nacional, essas enfermidades assumem papel central no perfil epidemiológico brasileiro, influenciando diretamente a organização dos serviços de saúde e das políticas públicas. Essa configuração tem sido descrita em análises epidemiológicas recentes e em estudos sobre mortalidade prematura por DCNT no país (Malta *et al.*, 2025a).

A expansão das doenças crônicas no Brasil ocorre de forma articulada às transformações demográficas, sociais e econômicas observadas nas últimas décadas. O envelhecimento populacional e as mudanças nos modos de vida contribuem para maior exposição a fatores comportamentais e metabólicos relacionados ao adoecimento crônico. Esses processos ampliam a demanda por cuidados contínuos em saúde, com necessidade de acompanhamento prolongado e ações integradas no sistema de atenção. Essa dinâmica comprava em análises temporais das prevalências de DCNT e de seus fatores associados no território nacional (Malta *et al.*, 2024).

Além da ocorrência isolada dessas doenças, observa-se no Brasil elevada prevalência de multimorbidade, caracterizada pela presença simultânea de duas ou mais condições crônicas em um mesmo indivíduo. Esse fenômeno amplia a complexidade do cuidado em saúde e intensifica a utilização dos serviços assistenciais em diferentes níveis de atenção. A multimorbidade tem sido identificada em diferentes faixas etárias da população adulta, com destaque para grupos mais vulneráveis. Sua magnitude foi descrita em estudo de base populacional nacional com dados representativos (Silveira *et al.*, 2024).

A convivência com essa enfermidade e com a multimorbidade interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Essas condições estão associadas a limitações funcionais, necessidade de acompanhamento prolongado e reorganização das atividades cotidianas. Essas repercussões alcançam dimensões físicas, sociais e econômicas, influenciando o bem-estar geral da população. Esses aspectos são reconhecidos em estudos epidemiológicos que analisam a relação entre multimorbidade e utilização de serviços de saúde (Aguiar *et al.*, 2024).

O impacto desses fatores também se manifesta na maior utilização dos serviços de saúde em diferentes contextos assistenciais. Indivíduos com multimorbidade apresentam maior frequência de consultas médicas, internações hospitalares e busca por atendimento nos serviços públicos e privados. Esse padrão de uso reflete a necessidade de cuidado contínuo, coordenado e longitudinal ao longo do tempo. Essa relação foi descrita a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019 (Souza, 2023).

No campo socioeconômico, as doenças crônicas produzem efeitos relevantes sobre a produtividade e o trabalho. A presença dessas condições está associada a afastamentos laborais,

licenças médicas e aumento do absenteísmo entre trabalhadores brasileiros. Esse fenômeno repercute tanto na vida do trabalhador quanto na organização dos ambientes produtivos e institucionais. Esses impactos foram analisados em estudos nacionais baseados na Pesquisa Nacional de Saúde (Fernandes *et al.*, 2024).

Diante da magnitude, o Brasil estruturou políticas públicas específicas para seu enfrentamento ao longo dos últimos anos. Destaca-se a implementação de planos estratégicos nacionais voltados à prevenção, ao controle e ao monitoramento dessas condições. Essas políticas buscam integrar ações de vigilância em saúde, promoção de hábitos saudáveis e cuidado integral. A formulação e a avaliação desses planos estão documentadas em análises institucionais recentes (Malta *et al.*, 2025a).

Essas iniciativas nacionais articulam-se a compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro no campo da saúde pública. As doenças crônicas foram incorporadas à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com metas específicas de redução da mortalidade prematura. O alinhamento entre políticas nacionais e metas globais reforça a centralidade do tema nas agendas governamentais. Essa articulação é descrita em estudos sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil (Malta *et al.*, 2025b).

Apesar dos avanços institucionais alcançados, o enfrentamento dessa enfermidade permanece como desafio permanente para o sistema de saúde brasileiro. A distribuição desigual dessas condições no território nacional reflete desigualdades sociais, econômicas e regionais historicamente consolidadas. Esses fatores influenciam o acesso aos serviços e a efetividade das ações de cuidado ofertadas à população. Este cenário é apontado em análises epidemiológicas nacionais recentes (Malta *et al.*, 2024c).

A vigilância em saúde desempenha papel fundamental no acompanhamento dessas causas no Brasil. Sistemas de informação e inquéritos populacionais subsidiam o monitoramento da magnitude, da distribuição e das tendências dessas condições ao longo do tempo. Esses instrumentos orientam a formulação, o planejamento e a avaliação das políticas públicas de saúde. Sua relevância é destacada em estudos baseados na Pesquisa Nacional de Saúde (Souza, 2023).

A relação entre doenças crônicas e qualidade de vida tem sido reconhecida como elemento central na organização do cuidado em saúde. A presença dessas condições interfere

na autonomia, na funcionalidade e no bem-estar dos indivíduos ao longo do curso de vida. Esses impactos reforçam a necessidade de abordagens integradas e contínuas no sistema de saúde. Essa relação é descrita em estudos nacionais sobre multimorbidade e serviços de saúde (Aguiar *et al.*, 2024).

No âmbito das políticas públicas, impõem-se desafios à sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. O aumento da demanda por serviços assistenciais, medicamentos e tratamentos prolongados exige reorganização dos modelos de atenção. Esses aspectos são considerados em avaliações de planos nacionais de enfrentamento das doenças crônicas. Essa abordagem é apresentada em análises institucionais desenvolvidas no país (Malta *et al.*, 2025b).

A persistência das doenças crônicas no Brasil é explícito a necessidade de aprofundar a compreensão sobre seus impactos sociais e institucionais. A articulação entre qualidade de vida e políticas públicas emerge como eixo analítico relevante no campo da saúde coletiva. Esses elementos são recorrentes na literatura epidemiológica nacional contemporânea. Nesse contexto justifica a realização de revisões narrativas sobre o tema (Silveira *et al.*, 2024).

Diante desse cenário, identifica-se como problema de pesquisa compreender como as doenças crônicas impactam a qualidade de vida da população e influenciam as políticas públicas de saúde no Brasil. A análise integrada desses aspectos permite ampliar a compreensão do fenômeno em nível nacional. Essa abordagem é coerente com os pressupostos teóricos da saúde coletiva. O problema insere-se nas discussões sobre vigilância em saúde e organização dos sistemas assistenciais (Malta *et al.*, 2024c). Assim, o objetivo desta revisão é apresentar e sistematizar produções científicas que abordam os impactos das doenças crônicas na qualidade de vida e nas políticas públicas de saúde no Brasil.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, destinada à sistematização e análise crítica da produção científica sobre as doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, considerando aspectos epidemiológicos, fatores associados, multimorbidade, utilização dos serviços de saúde, adesão ao tratamento e mortalidade prematura. Esse tipo de delineamento foi escolhido por permitir a

contextualização ampliada do tema, sem a aplicação de procedimentos estatísticos ou metassínteses quantitativas.

O estudo foi conduzido no ambiente virtual, por meio de levantamento bibliográfico em bases de dados científicas nacionais e internacionais, não havendo delimitação geográfica física, uma vez que se trata de pesquisa documental. As bases de dados utilizadas foram SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionadas por concentrarem publicações relevantes nas áreas de epidemiologia, saúde coletiva e políticas públicas de saúde.

A população do estudo foi constituída por artigos científicos e documentos técnicos que abordassem as doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira adulta e idosa. A amostra foi composta por estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade previamente definidos, incluindo pesquisas de base populacional, revisões sistemáticas, revisões rápidas de comprovações e estudos ecológicos, em consonância com os resultados analisados.

Foram adotados como critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra; publicados nos idiomas portugueses ou inglês; com recorte temporal entre 2021 e 2025; que abordassem DCNT, hipertensão arterial, diabetes mellitus, multimorbidade, insegurança alimentar, comportamento sedentário ou mortalidade prematura no contexto brasileiro. Foram excluídos artigos duplicados, estudos com população exclusivamente infantil ou gestantes, publicações que não apresentassem relação direta com o escopo da pesquisa e textos opinativos sem base empírica.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um formulário estruturado elaborado pelos autores, utilizado para extração das seguintes informações: autoria, ano de publicação, tipo de estudo, população investigada, principais variáveis analisadas, resultados relevantes e implicações para os serviços de saúde. As variáveis de interesse incluíram prevalência de DCNT, presença de multimorbidade, fatores comportamentais e sociais associados, utilização dos serviços de saúde, adesão ao tratamento e indicadores de mortalidade.

A coleta de dados ocorreu por meio da leitura sistemática dos títulos, resumos e textos completos dos estudos selecionados, utilizando descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings (MeSH)*, combinados com operadores booleanos AND e OR. Os principais descritores utilizados foram: Doenças

Crônicas Não Transmissíveis; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Insegurança Alimentar; e Comportamento Sedentário.

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa e interpretativa, por meio da comparação dos achados, identificação de convergências e divergências entre os estudos e organização temática dos resultados, os quais subsidiaram a construção da seção de Resultados e Discussão. Não foi realizada avaliação formal de qualidade metodológica, em consonância com o delineamento de revisão narrativa.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em dados secundários de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos ou animais, o estudo dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não sendo, portanto, aplicável a apresentação de número de CAAE ou parecer do CEP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostram que as doenças crônicas não transmissíveis permanecem como principal carga epidemiológica no Brasil, com tendência de crescimento de fatores de risco e estabilização insuficiente dos indicadores pactuados. A análise comparativa entre os inquéritos nacionais demonstra que apenas metas relacionadas à atividade física e rastreamento citopatológico foram parcialmente alcançadas, enquanto condições como hipertensão, diabetes e obesidade apresentaram crescimento expressivo. Esses achados indicam limitações na efetividade das estratégias de enfrentamento das DCNT no território nacional. Esse cenário reforça a necessidade de ações estruturais e intersetoriais mais robustas (Malta *et al.*, 2022d).

A hipertensão arterial destacou-se como uma das condições mais prevalentes, especialmente entre idosos e mulheres, sendo fortemente dependente da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do cuidado. Observou-se elevada proporção de usuários atendidos em serviços públicos, com destaque para a oferta de orientações sobre autocuidado. No entanto, a permanência de altas prevalências sugere que o acesso aos serviços, isoladamente, não garante controle efetivo da doença. A qualidade do acompanhamento longitudinal emerge como elemento crítico (Malta *et al.*, 2022d).

Ao analisar a adesão ao tratamento da hipertensão, identificaram-se múltiplas barreiras relacionadas tanto aos usuários quanto à organização dos serviços de saúde. Estratégias como automonitoramento e uso de tecnologias digitais mostraram-se promissoras, porém limitadas por desigualdades no letramento em saúde e acesso à internet. Esse contraste ressalta que inovações tecnológicas, quando não acompanhadas de políticas inclusivas, podem ampliar iniquidades já existentes. A adesão permanece condicionada a fatores estruturais e sociais (Silva *et al.*, 2023).

No contexto do diabetes mellitus, os resultados demonstraram elevada ocorrência de complicações, principalmente entre indivíduos com maior tempo de diagnóstico. Problemas de visão e complicações renais foram os desfechos mais frequentes, refletindo falhas no diagnóstico precoce e no monitoramento contínuo da doença. Apesar da ampla utilização de medicamentos, parcela significativa da população não fazia uso adequado da terapêutica prescrita. Esses achados reforçam a necessidade de fortalecimento do rastreamento e da educação em saúde (Leitão *et al.*, 2025).

A análise da insegurança alimentar revelou associação consistente com o desenvolvimento de doenças crônicas, especialmente obesidade, em diferentes faixas etárias. A exposição à privação alimentar mostrou-se relacionada ao consumo de alimentos ultraprocessados e de baixo valor nutricional, configurando um ciclo de vulnerabilidade social e adoecimento crônico. Esses resultados ampliam a compreensão das DCNT como fenômenos socialmente determinados, extrapolando abordagens exclusivamente biomédicas (Laurentino *et al.*, 2024).

O comportamento sedentário emergiu como importante fator de risco para a ocorrência de multimorbidade, sobretudo entre idosos. Tempos prolongados de sedentarismo estiveram associados a maiores chances de coexistência de múltiplas doenças crônicas, especialmente nos padrões vascular-metabólico e cardiopulmonar. Esses achados reforçam a relevância da promoção da atividade física como estratégia central na prevenção da multimorbidade. O sedentarismo configura-se como determinante modificável prioritário (Cândido *et al.*, 2022).

A multimorbidade, por sua vez, apresentou-se como fenômeno frequente e associado à complexificação do cuidado em saúde. A coexistência de múltiplas condições crônicas aumenta a demanda por serviços, amplia custos assistenciais e compromete a qualidade de vida dos

indivíduos. Esses resultados indicam a inadequação de modelos de cuidado centrados em doenças isoladas, demandando abordagens integradas e centradas na pessoa. A organização dos serviços precisa considerar essa complexidade (Cândido *et al.*, 2022).

No que se refere à mortalidade prematura por DCNT, observou-se redução nas regiões Sul e Sudeste, contrastando com aumento ou estagnação em regiões como Norte e Nordeste. As doenças cardiovasculares permaneceram como principal causa de morte, embora com tendência de declínio, enquanto as neoplasias e o diabetes apresentaram crescimento regionalizado. Esses padrões revelam profundas desigualdades territoriais na efetividade das políticas de saúde (Cardoso *et al.*, 2021).

A persistência dessas desigualdades regionais indica que os avanços observados não ocorrem de forma homogênea no país. Municípios com menor infraestrutura de saúde e maior vulnerabilidade socioeconômica concentram taxas mais elevadas de mortalidade prematura. Esse cenário aponta para a necessidade de fortalecimento da vigilância em saúde em nível local, com alocação equitativa de recursos e ações direcionadas aos contextos mais vulneráveis (Cardoso *et al.*, 2021).

A análise integrada dos estudos demonstra que fatores comportamentais, como sedentarismo e alimentação inadequada, interagem com determinantes sociais na produção das DCNT. A ausência de políticas efetivas de promoção da saúde e segurança alimentar contribui para a manutenção desse quadro. Assim, intervenções isoladas tendem a apresentar impacto limitado, reforçando a importância de estratégias intersetoriais sustentáveis. O enfrentamento das DCNT exige abordagem sistêmica (Laurentino *et al.*, 2024).

Outro achado relevante refere-se à centralidade da APS no cuidado às pessoas com doenças crônicas. Apesar de sua ampla capilaridade, persistem desafios relacionados à continuidade do cuidado e à coordenação entre os níveis de atenção. Ela permanece como espaço estratégico para ações de prevenção, diagnóstico precoce e manejo clínico, mas necessita de fortalecimento estrutural e técnico. (Malta *et al.*, 2022d)

O uso de tecnologias digitais no cuidado às DCNT apresenta potencial para ampliar o acompanhamento e a adesão terapêutica, especialmente no controle da hipertensão. Contudo, os estudos apontam que essas estratégias devem considerar as limitações de acesso e letramento digital da população. A incorporação tecnológica sem planejamento inclusivo pode aprofundar

desigualdades já existentes. Políticas digitais devem ser acompanhadas de ações educativas (Silva *et al.*, 2023).

De forma convergente, os estudos indicam que o tempo de exposição aos fatores de risco influencia diretamente a gravidade das DCNT e o surgimento de complicações. O diagnóstico tardio e o acompanhamento irregular contribuem para desfechos mais graves, como observado no diabetes mellitus. Esse achado reforça a importância de estratégias de rastreamento oportuno e monitoramento contínuo na APS (Leitão *et al.*, 2025).

Os resultados mostram que o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil permanece como desafio complexo, marcado por desigualdades sociais, territoriais e estruturais. A persistência de altas prevalências, multimorbidade e mortalidade prematura indica que os avanços obtidos são insuficientes frente à magnitude do problema. O fortalecimento das políticas públicas, com foco na equidade e na promoção da saúde, é indispensável para alterar esse cenário (Cardoso *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida ressalta que as doenças crônicas não transmissíveis representam um desafio persistente para a saúde pública brasileira, com repercussões que ultrapassam o campo clínico e alcançam dimensões sociais, econômicas e institucionais. A elevada ocorrência de condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus e multimorbidade reflete a interação entre fatores comportamentais, determinantes sociais e desigualdades regionais, impactando diretamente a qualidade de vida da população e a organização dos serviços de saúde.

Os achados reforçam que a convivência prolongada com doenças crônicas impõe limitações funcionais, aumenta a dependência de cuidados contínuos e intensifica a utilização dos serviços assistenciais, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esse cenário exige modelos de atenção mais integrados e centrados nas necessidades das pessoas, capazes de responder à complexidade do cuidado e de reduzir a fragmentação ainda presente na abordagem dessas condições.

No contexto das políticas públicas, torna-se evidente a necessidade de fortalecer estratégias que articulem promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e cuidado longitudinal, com especial atenção às iniquidades sociais que sustentam o adoecimento crônico. O fortalecimento da APS, aliado a ações intersetoriais e à qualificação da vigilância em saúde, mostra-se fundamental para ampliar a efetividade das respostas institucionais frente às DCNT, especialmente em territórios mais vulneráveis.

Do ponto de vista acadêmico, o estudo contribui ao sistematizar conhecimentos atuais sobre os impactos das doenças crônicas na qualidade de vida e nas políticas públicas de saúde, oferecendo subsídios para o aprimoramento de práticas assistenciais e de gestão. As limitações inerentes ao delineamento de revisão narrativa, como o uso exclusivo de dados secundários e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos, indicam a importância de investigações futuras que aprofundem a análise por meio de abordagens longitudinais e avaliações de impacto das políticas implementadas.

Dessa forma, o enfrentamento das doenças crônicas no Brasil demanda esforços contínuos e articulados, capazes de integrar cuidado, gestão e políticas públicas. Investir em ações que promovam equidade, qualificação do cuidado e melhoria das condições de vida da população constitui passo essencial para reduzir o impacto dessas condições e avançar na promoção de uma saúde mais justa e sustentável no país.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Ricardo Goes de *et al.* Multimorbidade e utilização de serviços de saúde no município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.15002022>.

CÂNDIDO, Leticia Martins *et al.* Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, e00128221, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128221>.

CARDOSO, Laís Santos de Magalhães *et al.* Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nos municípios brasileiros, nos triênios de 2010 a 2012 e 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, e210005, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210005.supl.1>.

FERNANDES, Bernardo Soares do Amaral *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e absenteísmo no trabalho: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 27, e240061, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240061.2>.

LAURENTINO, Jackson Silva Lima *et al.* Associação entre insegurança alimentar e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, e240041, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240041.2>.

LEITÃO, Veronica Batista Gomes *et al.* Diabetes mellitus: complicações associadas ao tempo de diagnóstico, plano de saúde, uso de serviços de saúde e uso de medicamentos, Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, e00106624, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT106624>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011–2022: quais metas foram alcançadas? **Saúde em Debate**, 2025a. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514610274P>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis: desafios para o alcance das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável no Brasil e Unidades Federadas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 9, e00038825, 2025b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT038825>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Análise temporal das prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, dos fatores de risco e de proteção segundo escolaridade de 2006 a 2023. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, supl. 2, 2024c. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.14172024>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Monitoring the goals of the plans for coping with chronic non-communicable diseases: results of the National Health Survey, Brazil, 2013 and 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, número especial, e202200008, 2022d. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-9622202200008.especial>.

SOUZA, Ana Sara Semeão de. Multimorbidade e uso de serviços de saúde na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 3, e2023045, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300007.pt>.

SILVEIRA, Ana Daniela Silva da *et al.* Prevalence of multimorbidity in Brazilian individuals: a population-based study. **PLoS ONE**, v. 19, n. 1, e0296381, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296381>.

SILVA, Leticia Aparecida Lopes Bezerra da *et al.* Adesão, barreiras e facilitadores no tratamento de hipertensão arterial: revisão rápida de evidências. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 47, e67, 2023. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.67>.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO PILAR DO CUIDADO LONGITUDINAL ÀS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Resumo: Analisar a Atenção Primária à Saúde como pilar do cuidado longitudinal às doenças crônicas não transmissíveis, contextualizando sua relevância no enfrentamento das DCNT, identificando fundamentos teóricos e organizacionais que sustentam a continuidade do cuidado e discutindo sua centralidade na consolidação de modelos assistenciais integrados e centrados na pessoa. Desenvolveu-se revisão integrativa de literatura com busca nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS e LILACS, utilizando descritores controlados relacionados à APS, DCNT e longitudinalidade. Foram incluídas publicações entre 2014 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol. A análise temática comparativa demonstrou que a APS dispõe de atributos organizacionais compatíveis com o manejo da cronicidade, destacando coordenação do cuidado, territorialização, educação em saúde, atuação multiprofissional e uso de indicadores assistenciais. Entretanto, persistem entraves estruturais e organizacionais, como fragmentação da rede, sobrecarga das equipes e rotatividade profissional, que limitam a consolidação da longitudinalidade. Conclui-se que a efetivação da APS como eixo estruturante do cuidado às DCNT depende da integração entre níveis assistenciais, da qualificação do processo de trabalho e do fortalecimento do vínculo terapêutico, configurando estratégia estratégica para a sustentabilidade do sistema público de saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Estratégia Saúde da Família; Longitudinalidade.

Beatriz Lima Coelho

Graduada em Medicina pelo Instituto de Educação do Vale do Parnaíba, IESVAP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6640-6754>

Elmo Patrick Lopes Martins

Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, UVA-CE, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5509-1497?lang=pt>

Victória Mendes de Oliveira

Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Uninta, UNINTA, Brasil.

Tainah de Albuquerque Dias Cesar Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Jaboatão AFYA, FCM AFYA, Brasil.

Riana Erika Grandó Ponce

Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade Hoslística, FAHOL, Brasil.

Orcid: <https://lattes.cnpq.br/0009-0008-5572-9444>

Emily Raiane Isídio da Silva

Graduada em enfermagem e especialista em saúde da mulher pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, FENSG – UPE, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-0397-1275>

Fernanda Kassiely de Sousa Veloso

Especialista em Residência Multiprofissional de Nutrição em Alta Complexidade pelo Hospital Universitário do Piauí/Ebserh, HU-UFPI/Ebserh, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5289-2624>

Júlia Beatriz Faustino Moura

Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pelo Centro Universitário Uninta, UNINTA, Brasil.

Orcid:

Ícaro Soares de Carvalho Pinheiro

Especialista em Residência médica em: Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3051-223X>

Tatiane Cristine de Souza Lima

Mestrado em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, FMUP, Portugal.

Orcid:



PRIMARY HEALTH CARE AS A CORNERSTONE OF LONGITUDINAL CARE FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

Abstract: This study analyzes Primary Health Care as a pillar of longitudinal care for chronic non-communicable diseases, contextualizing its relevance in addressing NCDs, identifying theoretical and organizational foundations that support continuity of care, and discussing its centrality in consolidating integrated and person-centered care models. An integrative literature review was conducted using the PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS, and LILACS databases, employing controlled descriptors related to PHC, NCDs, and longitudinality. Publications from 2014 to 2026, in Portuguese, English, and Spanish, were included. The comparative thematic analysis revealed that PHC possesses organizational attributes compatible with the management of chronicity, highlighting care coordination, territorialization, health education, multiprofessional action, and the use of care indicators. However, structural and organizational obstacles persist, such as network fragmentation, team overload, and professional turnover, which limit the consolidation of longitudinality. It is concluded that the effective implementation of Primary Health Care (PHC) as a structuring axis for the care of Non-Communicable Diseases (NCDs) depends on the integration between levels of care, the qualification of the work process, and the strengthening of the therapeutic bond, constituting a strategic approach for the sustainability of the public health system.

Keywords: Primary Health Care; Continuity of Patient Care; Chronic Non-Communicable Diseases; Family Health Strategy; Longitudinality.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como eixo estruturante dos sistemas de saúde orientados pela universalidade, integralidade e coordenação do cuidado, assumindo papel central na organização das redes assistenciais e na garantia do acesso contínuo da população aos serviços. No contexto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas por longa duração, progressão lenta e necessidade de acompanhamento permanente, a APS apresenta-se como espaço privilegiado para a promoção da saúde, prevenção de agravos e monitoramento clínico longitudinal, especialmente por meio de equipes multiprofissionais e atuação territorializada (Barros *et al.*, 2025).

As DCNT são responsáveis por aproximadamente 74% das mortes globais, com impacto desproporcional em países de baixa e média renda, onde se concentram 86% das mortes prematuras, comprovando a magnitude do problema e a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde. Entre as principais condições destacam-se as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas e os cânceres, todas associadas a fatores de risco modificáveis e determinantes sociais da saúde que exigem estratégias de cuidado contínuo ao longo do curso de vida (Eltigany *et al.*, 2025).

No âmbito brasileiro, a APS, materializada sobretudo pela Estratégia Saúde da Família, configura-se como principal porta de entrada do SUS, sendo responsável pelo acompanhamento de grande parcela da população, com atuação orientada pelos atributos do primeiro contato, integralidade, coordenação e longitudinalidade. A longitudinalidade, entendida como relação terapêutica duradoura entre equipe e usuário, possibilita reconhecimento ampliado das necessidades de saúde e favorece o seguimento sistemático de condições crônicas (Maciel *et al.*, 2024).

A continuidade do cuidado, frequentemente associada à longitudinalidade, envolve dimensões informacional, interpessoal e cronológica, assegurando que o usuário seja acompanhado de forma articulada nos diferentes pontos da rede de atenção. Para indivíduos com DCNT, essa articulação torna-se determinante para evitar fragmentação assistencial,

duplicidade de condutas e descontinuidade terapêutica, aspectos que comprometem o controle clínico e aumentam o risco de complicações (Silva *et al.*, 2025).

A literatura destaca que modelos estruturados de APS, com protocolos clínicos, estratificação de risco e integração entre níveis assistenciais, apresentam potencial para melhorar a adesão ao tratamento e reduzir hospitalizações evitáveis. O manejo das DCNT demanda reorganização do processo de trabalho, uso de sistemas informatizados, monitoramento regular e atuação multiprofissional articulada, elementos que reforçam a centralidade da APS como coordenadora do cuidado longitudinal (Junior; Ferreira; Santana, 2025).

Em países de baixa e média renda, entretanto, persistem lacunas relacionadas à insuficiência de recursos humanos qualificados, fragilidades na infraestrutura e interrupções no fornecimento de insumos essenciais, o que dificulta a consolidação de modelos integrados de cuidado para DCNT na APS. A necessidade de reorientação dos serviços para um modelo centrado na pessoa e não apenas na doença é apontada como condição para fortalecimento do cuidado contínuo (Eltigany *et al.*, 2025).

A incorporação de tecnologias digitais e ferramentas de informação e comunicação surge como estratégia complementar para qualificar o acompanhamento longitudinal, permitindo monitoramento remoto, apoio à decisão clínica e integração de dados. Contudo, sua implementação exige atenção à equidade, letramento digital e proteção de dados, de modo a não ampliar desigualdades já existentes no acesso aos serviços (Xavier *et al.*, 2025).

A organização do cuidado às DCNT na APS também pressupõe ações de educação em saúde e promoção da autonomia do usuário, reconhecendo a corresponsabilidade no manejo das condições crônicas. A participação ativa do paciente no autocuidado, aliada ao vínculo com a equipe, favorece maior estabilidade clínica e prevenção de complicações, fortalecendo a dimensão longitudinal do cuidado (Junior; Ferreira; Santana, 2025).

No cenário internacional, a prestação de serviços para DCNT por meio da APS é considerada abordagem custo-efetiva e alinhada aos princípios da cobertura universal em saúde, sobretudo por possibilitar cuidado contínuo ao longo do ciclo de vida. Entretanto, relatórios recentes apontam progressos lentos na cobertura de serviços para DCNT, reforçando a urgência de consolidação da APS como pilar estratégico (Ahmed *et al.*, 2024).

A longitudinalidade do cuidado, enquanto atributo essencial da APS, implica acompanhamento sistemático, manutenção de registros clínicos e estabelecimento de fonte regular de atenção, fatores que contribuem para diagnóstico precoce, ajuste terapêutico oportuno e maior confiança entre usuários e profissionais. Tal atributo mostra-se particularmente relevante no contexto das DCNT, cujo manejo exige estabilidade relacional e monitoramento permanente (Maciel *et al.*, 2024).

Apesar dos avanços normativos e programáticos, a consolidação da APS como base do cuidado longitudinal às DCNT enfrenta desafios relacionados à fragmentação da rede, à rotatividade de profissionais e à limitação de recursos estruturais, elementos que podem comprometer a continuidade assistencial. A identificação desses entraves ressalta a necessidade de aprimoramento organizacional e de fortalecimento das políticas públicas voltadas às condições crônicas (Barros *et al.*, 2025).

Diante desse panorama, coloca-se como problema de pesquisa compreender em que medida a Atenção Primária à Saúde tem sido efetivamente estruturada para atuar como pilar do cuidado longitudinal às doenças crônicas não transmissíveis, considerando seus atributos organizacionais, relacionais e tecnológicos e os desafios persistentes na prática assistencial (Eltigany *et al.*, 2025).

A justificativa deste estudo fundamenta-se na elevada carga de morbimortalidade associada às DCNT e na necessidade de reorganização dos sistemas de saúde para garantir acompanhamento contínuo, integral e resolutivo, especialmente em contextos de desigualdade social e limitações estruturais. Investigar a APS como eixo do cuidado longitudinal contribui para subsidiar decisões em gestão e planejamento em saúde, alinhadas às recomendações internacionais para fortalecimento da atenção primária (Ahmed *et al.*, 2024).

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a Atenção Primária à Saúde como pilar do cuidado longitudinal às doenças crônicas não transmissíveis, contextualizando sua relevância no enfrentamento das DCNT, identificando fundamentos teóricos e organizacionais que sustentam a continuidade do cuidado e discutindo sua centralidade na consolidação de modelos assistenciais integrados e centrados na pessoa.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, em conformidade com a organização analítica descritiva apresentada na seção de Resultados e Discussão deste manuscrito. A escolha desse delineamento metodológico fundamenta-se na possibilidade de integrar estudos com diferentes abordagens metodológicas, permitindo examinar de forma comparativa produções teóricas, revisões e investigações qualitativas relacionadas à organização da APS no contexto das DCNT.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases PubMed/MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados descritores controlados provenientes do DeCS e seus correspondentes no MeSH, combinados por operadores booleanos *AND* e *OR*. Os descritores selecionados foram: “Atenção Primária à Saúde” (*Primary Health Care*), “Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (*Chronic Disease*), “Continuidade da Assistência ao Paciente” (*Continuity of Patient Care*), “Estratégia Saúde da Família” (*Family Health Strategy*) e “Longitudinalidade” (*Longitudinality*), estruturando a estratégia de busca com a combinação dos termos equivalentes em português e inglês.

Foram incluídos estudos publicados entre 2014 e 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra e que abordassem diretamente a organização da APS no cuidado longitudinal às DCNT, contemplando aspectos relacionados à gestão, coordenação da rede, territorialização, modelo assistencial e processo de trabalho. Foram excluídos estudos com enfoque exclusivamente hospitalar ou especializado, produções que não discutiam continuidade ou longitudinalidade do cuidado e documentos duplicados nas bases consultadas.

A busca inicial identificou sete documentos potencialmente elegíveis. Após leitura integral e aplicação dos critérios estabelecidos, sete estudos compuseram a amostra final, conforme descrito na seção de Resultados. A extração dos dados foi realizada por meio de instrumento estruturado contendo informações sobre autor, ano, tipo de estudo, foco principal e contribuições para a longitudinalidade, permitindo organização sistemática dos achados.

A análise dos dados foi conduzida por síntese temática comparativa, buscando identificar convergências, divergências e lacunas na consolidação da APS como eixo

estruturante do cuidado às DCNT. Por tratar-se de estudo baseado exclusivamente em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca realizada nos arquivos indicados resultou na inclusão de sete estudos e na exclusão de dois documentos que não abordavam diretamente a longitudinalidade ou o papel estruturante da APS no cuidado às DCNT. Foram incluídos os trabalhos de Timbó *et al.* (2026), Campos *et al.* (2024), Mendes (2018), Lieberenz (2020), Carneiro (2025), Silva *et al.* (2025) e Silocchi (2014), por apresentarem convergência temática quanto à organização da APS frente à cronicidade. A análise salientou distintos enfoques: gestão por indicadores, práticas profissionais, organização do cuidado, desafios territoriais e longitudinalidade. A síntese comparativa encontra-se apresentada na Tabela 1, permitindo visualizar objetivos, métodos e principais achados relacionados ao cuidado contínuo.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos incluídos sobre APS e cuidado às DCNT

Autor/Ano	Tipo de estudo	Foco principal	Contribuição para a longitudinalidade
Timbó <i>et al.</i> , 2026	Revisão integrativa	Indicadores e gestão na APS	Integração entre gestão, educação em saúde e autonomia
Campos <i>et al.</i> , 2024	Revisão integrativa	Desafios no cuidado às DCNT	Identificação de fragilidades organizacionais
Mendes, 2018	Editorial teórico	Modelo de Atenção às Condições Crônicas	Fundamentação conceitual do cuidado contínuo
Lieberenz, 2020	Estudo qualitativo	Organização do trabalho na ESF	Invisibilidade da cronicidade na agenda assistencial

Carneiro, 2025	Revisão narrativa	DCNT na Amazônia	Territorialização e busca ativa
Silva <i>et al.</i> , 2025	Revisão integrativa	Controle das DCNT na APS	Promoção da saúde e coordenação do cuidado
Silocchi, 2014	Dissertação qualitativa	Prática das equipes e longitudinalidade	Dificuldades no vínculo e modelo prescritivo

A análise dos estudos demonstra convergência quanto ao reconhecimento da APS como eixo estruturante do cuidado às DCNT, especialmente pela capacidade de coordenação e acompanhamento contínuo. Mendes (2018) argumenta que a organização do sistema deve migrar de respostas episódicas para modelos proativos, estruturados em planos de cuidado compartilhados. Essa perspectiva dialoga com Silva *et al.* (2025), que identificam a APS como responsável por integrar promoção, prevenção e monitoramento clínico. Ambos defendem reorganização do processo assistencial, ainda que Mendes enfatize transformação estrutural do modelo e Silva *et al.* concentrem-se na operacionalização prática.

Entretanto, Lieberenz (2020) ressalta um paradoxo entre a centralidade teórica da APS e sua prática cotidiana, na qual pacientes agudos ocupam grande parte da agenda profissional. Essa dinâmica compromete a longitudinalidade e reforça invisibilidade das condições crônicas. Silocchi (2014) complementa ao apontar dificuldades na responsabilização das equipes diante da complexidade da rede. Enquanto Mendes (2018) propõe um modelo integrado, esses estudos qualitativos revelam entraves concretos que limitam sua efetivação.

No campo da gestão, Timbó *et al.* (2026) destacam que indicadores como os do Previne Brasil reorganizam fluxos e ampliam identificação precoce de agravos. Contudo, os autores alertam para tensão entre lógica produtivista e clínica humanizada. Essa preocupação encontra eco em Silocchi (2014), ao mostrar que práticas prescritivas e centradas na patologia reduzem a potência emancipatória do cuidado. Assim, embora indicadores contribuam para monitoramento, sua utilização isolada não garante vínculo longitudinal.

Campos *et al.* (2024) identificam fragilidades na força de trabalho e na organização dos serviços, ressaltando necessidade de qualificação permanente das equipes. Essa análise aproxima-se de Lieberenz (2020), que aponta precariedade estrutural e limitações gerenciais como fatores que impactam o cuidado contínuo. Ambos os estudos reforçam que

longitudinalidade depende não apenas de diretrizes normativas, mas de condições concretas de trabalho.

No contexto amazônico, Carneiro (2025) demonstra que barreiras geográficas e logísticas intensificam descontinuidade terapêutica, elevando risco de complicações. Diferentemente dos cenários urbanos analisados por Campos *et al.* (2024), onde predominam desafios organizacionais internos, na Amazônia os entraves territoriais configuram determinantes estruturais. Ainda assim, ambos convergem quanto à relevância da busca ativa e do fortalecimento do vínculo comunitário.

A atuação multiprofissional aparece como elemento transversal nos estudos. Timbó *et al.* (2026) defendem articulação entre educação em saúde e autonomia do usuário, associando-a à melhoria do controle metabólico. Silva *et al.* (2025) reforçam essa perspectiva ao indicar que acompanhamento longitudinal reduz internações evitáveis. Contudo, Silocchi (2014) observa que práticas autoritárias de educação em saúde limitam mudanças comportamentais sustentáveis.

A longitudinalidade, conforme descrita por Silocchi (2014), exige vínculo contínuo e responsabilização compartilhada. Essa concepção amplia a discussão proposta por Mendes (2018) ao deslocar o foco da estrutura sistêmica para a interação clínica. A convergência reside na defesa de cuidado proativo; a diferença está no nível analítico, macroestrutural em Mendes e microssocial em Silocchi.

A promoção do autocuidado apoiado constitui estratégia recorrente. Timbó *et al.* (2026) associam metodologias ativas ao aumento do letramento em saúde. Carneiro (2025) reforça que educação territorializada fortalece adesão terapêutica em comunidades ribeirinhas. Entretanto, Lieberenz (2020) observa que, na prática, tais ações são frequentemente secundarizadas diante da pressão assistencial.

A coordenação da rede emerge como fator decisivo. Mendes (2018) sustenta que planos de cuidado integrados evitam fragmentação. Lieberenz (2020) demonstra que falhas na articulação com a RAS comprometem integralidade. Assim, enquanto o modelo conceitual aponta integração sistêmica, os achados empíricos revelam lacunas operacionais.

Os estudos convergem quanto à necessidade de superar o modelo biomédico centrado na doença. Silocchi (2014) destaca predominância de práticas prescritivas. Campos *et al.* (2024)

defendem reorganização orientada à promoção da saúde. Mendes (2018) reforça que foco deve estar nas condições crônicas como fenômeno complexo, e não apenas nas patologias isoladas.

A síntese comparativa destaca que a APS possui potencial estruturante inequívoco, mas enfrenta desafios organizacionais, territoriais e culturais que limitam a consolidação do cuidado longitudinal. A articulação entre gestão qualificada, educação permanente e fortalecimento do vínculo comunitário aparece como eixo comum entre os estudos. A superação da fragmentação requer integração entre indicadores, prática clínica e autonomia do usuário, conforme defendido por Timbó *et al* (2026).

Conclui-se que o cuidado longitudinal às DCNT na APS depende da convergência entre reorganização estrutural do modelo assistencial, qualificação da prática multiprofissional e enfrentamento das desigualdades territoriais. A literatura analisada demonstra alinhamento teórico quanto à centralidade da APS, mas revela discrepâncias entre diretrizes normativas e realidade cotidiana, indicando que a consolidação da longitudinalidade permanece como desafio estratégico para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permitiu examinar em que medida a Atenção Primária à Saúde vem sendo estruturada como pilar do cuidado longitudinal às doenças crônicas não transmissíveis, demonstrou que sua centralidade decorre da capacidade de coordenação assistencial, da responsabilização sanitária das equipes e da manutenção de vínculo contínuo com os usuários. A APS apresenta fundamentos organizacionais compatíveis com o acompanhamento prolongado das DCNT, especialmente quando articula gestão por indicadores, territorialização, educação em saúde e integração com a rede de atenção. Contudo, a materialização desse potencial depende da coerência entre diretrizes institucionais e práticas concretas de trabalho no cotidiano dos serviços.

A longitudinalidade mostrou-se como dimensão que ultrapassa a realização periódica de consultas ou o simples registro em sistemas informatizados, exigindo estabilidade relacional, planejamento compartilhado do cuidado e monitoramento clínico contínuo. A fragmentação

entre níveis assistenciais, a priorização de demandas agudas e a limitada articulação intersetorial reduzem a efetividade do acompanhamento prolongado das condições crônicas. A permanência de práticas centradas na doença, ainda que coexistindo com propostas estruturantes de reorganização do modelo assistencial, revelou uma transição incompleta para um cuidado orientado à complexidade da cronicidade.

A utilização de indicadores assistenciais contribui para organizar fluxos e ampliar a identificação precoce de agravos, porém não substitui a necessidade de qualificação da prática clínica e fortalecimento do vínculo terapêutico. Quando dissociada de estratégias educativas e de corresponsabilização do usuário, a gestão quantitativa tende a produzir respostas formais, sem consolidação efetiva da continuidade do cuidado. A longitudinalidade depende da articulação entre planejamento territorial, educação permanente das equipes e participação ativa do paciente no manejo de sua condição.

As desigualdades territoriais, sobretudo em regiões com barreiras geográficas e limitações estruturais, impõem obstáculos adicionais à continuidade terapêutica, revelando que a consolidação da APS como eixo estruturante das DCNT exige financiamento adequado, provimento estável de profissionais e infraestrutura compatível com as especificidades locais. A rotatividade das equipes e a sobrecarga assistencial comprometem a manutenção de vínculos duradouros e a responsabilização sanitária continuada.

O objetivo proposto foi alcançado ao demonstrar que a APS reúne atributos organizacionais e relacionais capazes de sustentar o cuidado longitudinal às DCNT, embora sua efetivação dependa da reorientação do processo de trabalho, da integração entre níveis assistenciais e da superação de práticas fragmentadas. A centralidade da APS não se sustenta apenas em marcos normativos, mas na capacidade operacional de transformar diretrizes em práticas contínuas, integradas e territorialmente contextualizadas.

Como limitações, reconhece-se o número reduzido de produções incluídas e a predominância de abordagens qualitativas e reflexivas, o que restringe inferências generalizáveis e impede comparação sistemática de desfechos clínicos. A delimitação temporal e linguística pode ter excluído experiências relevantes desenvolvidas em outros contextos. A heterogeneidade metodológica entre as produções também dificulta sínteses quantitativas mais robustas.

Recomenda-se que pesquisas futuras avancem na avaliação empírica de modelos organizacionais da APS voltados à cronicidade, incorporando análise de impacto sobre controle clínico, hospitalizações evitáveis, adesão terapêutica e qualidade de vida. Investigações multicêntricas e comparativas entre diferentes territórios poderão aprofundar a compreensão das condições estruturais que favorecem a longitudinalidade. Também se mostra pertinente examinar a incorporação de tecnologias digitais no acompanhamento contínuo, considerando seus efeitos sobre equidade, coordenação da rede e fortalecimento do vínculo assistencial.

REFERÊNCIAS

AHMED, Syed Masud *et al.* Delivering non-communicable disease services through primary health care in selected South Asian countries: are health systems prepared? **The Lancet Global Health**, v. 12, p. e1706–e1719, 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00118-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00118-9).

ARRUDA JUNIOR, Francisco Viana; FERREIRA, Kelle Christina Soares; SANTANA, Jessica Garcia Silva. Manejo integrado de doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of One Health**, v. 2, n. 4, 2025. DOI: <https://doi.org/10.70164/bjoh.v2i4.198>.

BARROS, Lucas Rodrigues Pereira *et al.* Atenção primária à saúde, continuidade do cuidado e os impactos no manejo de doenças crônicas: uma revisão de literatura. **Fisioterapia Brasil**, v. 26, n. 5, p. 2689–2701, 2025. DOI: <https://doi.org/10.62827/fb.v26i5.1105>.

CARNEIRO, Larissa Queiroz Costa. Atenção Primária à Saúde e o manejo de doenças crônicas não transmissíveis: desafios e estratégias para hipertensão e diabetes na Amazônia. **RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, São Paulo, v. 2, 2025. Disponível em: <https://submissoesrevistarcmos.com.br/rcmos/article/view/1899>.

CAMPOS, Ana Caroline Dourado *et al.* Doenças crônicas na Atenção Primária: os desafios e cuidados na perspectiva da Atenção Primária à Saúde; uma revisão integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 5, p. 1–17, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV4N5-225>.

ELTIGANY, Mai *et al.* Models of care for noncommunicable diseases in primary care: key elements and design in low- and middle-income countries – a scoping review. **Global Health Action**, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2543604>.

LIEBERENZ, Larissa Viana Almeida de. Assistência à pessoa com condições crônicas na Atenção Primária à Saúde. 2020. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de**



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-4

Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1843/34429>.

MACIEL, Anna Maria Meyer *et al.* A longitudinalidade do cuidado sob perspectiva dos usuários da Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, e20240051, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0051pt>.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1–3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7565>.

SILVA, Avelar Alves da *et al.* O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção e gestão de doenças crônicas. **Lumen et Virtus**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 45, p. 990–999, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv16n45-025>.

SILVA, Layza Lopes da *et al.* Atenção Primária à Saúde no controle de doenças crônicas não transmissíveis: revisão integrativa. **Brazilian Journal of One Health**, v. 2, n. 6, p. 165–174, 2025. DOI: <https://doi.org/10.70164/bjoh.v2i6.246>.

TIMBÓ, Íris dos Santos *et al.* Indicadores como dispositivos de gestão na Atenção Primária à Saúde no contexto das doenças crônicas não transmissíveis: articulações multiprofissionais entre educação em saúde, prevenção de agravos e autonomia do usuário. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2026. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v12i2.24130>.

XAVIER, Pedro Bezerra *et al.* Impact of digital health on the quality of primary care for people with chronic noncommunicable diseases: a scoping review protocol. **PLOS ONE**, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316278>.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES **MULTIPROFISSIONAIS EM** **SAÚDE MENTAL**

doi 10.71248/9786583818270-4

Crimsm 
II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A REDUÇÃO DE VULNERABILIDADES SOCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS

Resumo: Analisar, à luz da produção científica disponível, as práticas educativas em saúde e suas contribuições para a redução das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, considerando os contextos territoriais, os determinantes sociais da saúde e os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura de caráter descritivo e analítico, desenvolvida por meio da consulta às bases de dados LILACS, SciELO, BVS e PubMed/MEDLINE, além de documentos institucionais e normativos relacionados às políticas públicas de saúde. Foram incluídas produções científicas e documentais que abordassem práticas educativas em saúde vinculadas a contextos de vulnerabilidade social e/ou epidemiológica, disponíveis na íntegra e publicadas em português, inglês ou espanhol. Os resultados indicam que as práticas educativas em saúde estão associadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e ao fortalecimento da vigilância em saúde, contribuindo para a ampliação do acesso à informação, para a mediação entre saberes técnicos e populares e para o enfrentamento das desigualdades em saúde nos territórios. Conclui-se que as práticas educativas em saúde constituem estratégias relevantes no enfrentamento das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, ao favorecerem processos de autonomia, equidade e organização do cuidado, destacando-se a necessidade de sua institucionalização e de investigações futuras que aprofundem a análise de sua efetividade em diferentes realidades.

Palavras-Chave: Educação em Saúde; Epidemiologia; Promoção da Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Vulnerabilidade Social.

Denize Glória Frazão

Mestranda em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-1765-072X>

Elizana Martins de Assis

Graduanda em Enfermagem pelo Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação, ICETI, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-2409-3950>

Leonardo Pinho do Amaral

Graduando em Biomedicina pela Universidade Federal do Delta Do Parnaíba, UFDPAr, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9816-2523>

Elaine Ferreira Siqueira

Graduanda em Enfermagem pelo Centro universitário São Lucas (Afy).

Beatriz Lima Coelho

Graduada em Medicina pelo Instituto de Educação do Vale do Parnaíba, IESVAP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6640-6754>

Maria Beatriz da Silva Alves Pereira

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-6785-8146>

Gabriel Borges Prateado Alves

Pós graduação em em Transtornos Mentais, Neurobiologia e Psicofarmacologia pela faculdade Iguaçú

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-7317-5877>

Danivaldo de Sousa Castro

Pós-graduação Multi-profissional em gestão e inovação nos serviços de saúde pela Universidade Federal do Pará, UFPA, Brasil.

Gisely de Souza Santos

Pós-graduada em Gestão de Saúde Pública com ênfase em PSF pela Faculdade Batista de Minas Gerais, FBMG, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9794-9997>

Marckson da Silva Paula

Mestrando em Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-9575-0720>

EDUCATIONAL PRACTICES IN HEALTH AND THEIR CONTRIBUTIONS TO REDUCING SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL VULNERABILITIES

Abstract: This study analyzes, in light of available scientific production, educational practices in health and their contributions to reducing social and epidemiological vulnerabilities, considering territorial contexts, the social determinants of health, and the challenges faced by the Brazilian health system. It is a descriptive and analytical narrative literature review, developed through consultation of the LILACS, SciELO, BVS, and PubMed/MEDLINE databases, as well as institutional and normative documents related to public health policies. Scientific and documentary productions addressing educational practices in health linked to contexts of social and/or epidemiological vulnerability, available in full and published in Portuguese, English, or Spanish, were included. The results indicate that educational practices in health are associated with health promotion, disease prevention, and the strengthening of health surveillance, contributing to increased access to information, mediation between technical and popular knowledge, and addressing health inequalities in the territories. It is concluded that educational practices in health constitute relevant strategies in addressing social and epidemiological vulnerabilities, as they promote processes of autonomy, equity, and organization of care, highlighting the need for their institutionalization and future research that deepens the analysis of their effectiveness in different realities.

Keywords: Health Education; Epidemiology; Health Promotion; Health Vulnerability; Social Vulnerability.

Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

As práticas educativas em saúde constituem componentes estruturantes das ações desenvolvidas no campo da saúde coletiva, sendo compreendidas como processos sistematizados de mediação de conhecimentos voltados à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à qualificação do cuidado em diferentes níveis de atenção. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas práticas estão inseridas no cotidiano dos serviços como instrumentos de apoio à organização do cuidado e à ampliação do acesso à informação em saúde, especialmente em territórios marcados por desigualdades sociais persistentes (Rozendo *et al.*, 2021).

A inserção das práticas educativas em saúde fundamenta-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, reconhecendo que o adoecimento não resulta exclusivamente de fatores biológicos, mas é condicionado por aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Essa abordagem permite compreender que as ações educativas se articulam diretamente com os determinantes sociais da saúde, influenciando a capacidade dos indivíduos e coletividades de adotar práticas de cuidado e de acessar serviços de saúde de forma equitativa (Rocha *et al.*, 2022).

As vulnerabilidades sociais configuram-se como condições produzidas historicamente que afetam indivíduos e grupos de maneira desigual, associando-se à renda insuficiente, baixa escolaridade, condições precárias de moradia, insegurança alimentar e acesso limitado às políticas públicas. No campo da saúde, essas condições ampliam a exposição a riscos e reduzem a capacidade de resposta frente aos agravos, reforçando a necessidade de estratégias educativas que considerem os contextos territoriais e sociais nos quais as populações estão inseridas (Rocha *et al.*, 2022).

No Brasil, a distribuição dos agravos em saúde apresenta relação direta com as desigualdades sociais, fato demonstrado durante a pandemia da COVID-19. Até julho de 2020, o país registrava 2.343.366 casos confirmados e 85.238 óbitos, com maior concentração da mortalidade em áreas caracterizadas por baixa renda, precariedade habitacional e acesso restrito aos serviços de saúde, cenário que ressaltou a sobreposição entre vulnerabilidade social e vulnerabilidade epidemiológica (Brasil, 2020; Rozendo *et al.*, 2021).

A pandemia da COVID-19 também revelou limitações no acesso à informação em saúde por parte de grupos socialmente vulneráveis, influenciando a adesão às medidas de prevenção e controle, como o distanciamento social, o uso de máscaras e a busca oportuna por serviços de saúde. Nesse contexto, as práticas educativas em saúde assumiram papel relevante na disseminação de informações sobre medidas de proteção e no enfrentamento das desigualdades informacionais existentes entre diferentes segmentos populacionais (Rozendo *et al.*, 2021).

A articulação entre práticas educativas em saúde e epidemiologia possibilita a adequação das ações às necessidades identificadas nos territórios, a partir do conhecimento dos perfis de adoecimento e dos grupos mais expostos aos agravos. A utilização de dados epidemiológicos no planejamento das ações educativas contribui para direcionar intervenções

voltadas à prevenção de doenças infecciosas e crônicas, considerando a distribuição dos agravos e os fatores associados às condições de vida da população (Costa *et al.*, 2024).

As práticas educativas em saúde também se relacionam com a promoção da saúde ao favorecerem processos de reflexão sobre hábitos, condições de vida e fatores sociais que interferem no bem-estar individual e coletivo. Em contextos de vulnerabilidade social, essas práticas possibilitam o desenvolvimento de ações ajustadas às realidades locais, ampliando o alcance das estratégias de cuidado e contribuindo para a redução de barreiras no acesso aos serviços de saúde (Bezerra *et al.*, 2021).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações educativas integram o conjunto de atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, sendo utilizadas como ferramentas para o fortalecimento do vínculo com a população e para a organização do cuidado no território. A inserção dessas práticas no cotidiano dos serviços contribui para ampliar o acesso à informação em saúde e para apoiar processos de acompanhamento contínuo, especialmente em áreas com maior concentração de vulnerabilidades sociais (Nascimento, 2021).

A educação permanente em saúde configura-se como estratégia complementar às práticas educativas direcionadas à população, ao promover a qualificação contínua dos profissionais de saúde no próprio espaço de trabalho. Essa estratégia favorece a incorporação de abordagens educativas alinhadas às necessidades locais, contribuindo para a redução das iniquidades no atendimento e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados a populações vulneráveis (Rocha *et al.*, 2025).

Além das ações educativas tradicionais, a incorporação de práticas integrativas e complementares em saúde amplia as possibilidades de cuidado ao considerar dimensões físicas, emocionais e sociais dos indivíduos. Essas práticas apresentam potencial para contribuir com a mitigação das vulnerabilidades em saúde, ao serem desenvolvidas de forma acessível e alinhada aos princípios da integralidade e da equidade no SUS (Silva *et al.*, 2022).

A persistência das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas no território brasileiro evidencia desafios relacionados à efetividade das políticas públicas e à organização das ações de saúde. A existência de desigualdades regionais, associadas a limitações estruturais dos

serviços, reforça a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as estratégias educativas adotadas no campo da saúde coletiva (Bezerra *et al.*, 2021).

A análise das práticas educativas em saúde permite compreender como essas ações são concebidas e descritas na produção científica, bem como sua relação com os processos de enfrentamento das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas. Essa compreensão é relevante diante da complexidade dos desafios sanitários contemporâneos e da heterogeneidade dos contextos sociais existentes no país (Nascimento, 2021).

A problematização deste estudo está centrada na necessidade de compreender de que maneira as práticas educativas em saúde têm sido abordadas na literatura científica no que se refere às suas contribuições para a redução das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas. Tal abordagem torna-se pertinente frente à sobreposição de agravos, desigualdades sociais e limitações no acesso aos serviços de saúde (Rocha *et al.*, 2022).

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo fundamenta-se na relevância acadêmica e social de sistematizar conhecimentos relacionados às práticas educativas em saúde, considerando sua interface com a epidemiologia e os determinantes sociais da saúde. A organização dessas informações contribui para o fortalecimento das ações educativas no âmbito das políticas públicas e para o aprimoramento das estratégias de cuidado em saúde coletiva.

Dessa forma, o objetivo deste estudo consiste em analisar, à luz da produção científica disponível, as práticas educativas em saúde e suas contribuições para a redução das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, considerando os contextos territoriais, os determinantes sociais da saúde e os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, adotada como estratégia metodológica para integrar e organizar diferentes produções científicas e documentos institucionais que abordam o tema. Esse tipo de revisão possibilita a articulação de distintas perspectivas teóricas, normativas e contextuais, favorecendo a compreensão ampliada do fenômeno a partir da diversidade de enfoques presentes na literatura especializada.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed/MEDLINE, considerando sua relevância para a área da saúde coletiva e educação em saúde. Complementarmente, foram consultados documentos institucionais e normativos relacionados às políticas públicas de saúde, com ênfase no SUS, a fim de contemplar o arcabouço conceitual e programático que fundamenta as práticas educativas em saúde.

Para a estratégia de busca, utilizaram-se descritores controlados extraídos do DeCS e do MeSH, combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, de acordo com as especificidades de cada base. Os descritores utilizados em português foram: Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Vulnerabilidade Social, Vulnerabilidade em Saúde e Epidemiologia. Em inglês, empregaram-se os termos correspondentes do MeSH: *Health Education, Health Promotion, Social Vulnerability, Health Vulnerability e Epidemiology*. As combinações foram realizadas de forma a ampliar a sensibilidade da busca e captar produções alinhadas aos eixos discutidos nos resultados e discussão do estudo.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos científicos, livros, capítulos de livros e documentos institucionais publicados nos últimos anos, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que abordassem práticas educativas em saúde relacionadas a contextos de vulnerabilidade social e/ou epidemiológica. Excluíram-se produções duplicadas, estudos que não apresentavam relação direta com o objeto da revisão e materiais de caráter opinativo ou sem fundamentação técnica clara.

A seleção dos estudos ocorreu inicialmente pela leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos materiais elegíveis. A análise do conteúdo foi realizada de forma descritiva, com organização dos achados em eixos temáticos, considerando as convergências conceituais e os contextos de aplicação das práticas educativas em saúde. Essa sistematização orientou a construção da seção de resultados e discussão, respeitando a natureza narrativa do estudo e a diversidade metodológica das produções analisadas.

Por se tratar de uma revisão narrativa da literatura, fundamentada exclusivamente em fontes secundárias de domínio público, não houve envolvimento direto de seres humanos nem

utilização de dados primários, não sendo necessária a submissão do estudo a Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as normativas vigentes para pesquisas dessa natureza.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas educativas em saúde ocupam posição estruturante na organização das ações de cuidado em contextos atravessados por vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, ao favorecerem a circulação qualificada de informações no interior dos serviços de saúde. Essas práticas se articulam diretamente aos processos de promoção, prevenção e vigilância, contribuindo para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. No âmbito do SUS, a educação em saúde integra o cotidiano dos serviços como estratégia organizadora do cuidado. Essa atuação fortalece a mediação entre profissionais, usuários e território, ampliando as possibilidades de enfrentamento das desigualdades em saúde (Silva *et al.*, 2024).

No contexto comunitário, as práticas educativas adquirem maior potência quando desenvolvidas a partir da inserção territorial e do reconhecimento das condições concretas de vida da população. A experiência realizada em escolas públicas revela que ações educativas favorecem a prevenção de doenças infecciosas ao ampliar o acesso à informação em grupos socialmente vulneráveis. A aproximação entre universidade e comunidade contribui para a construção coletiva de saberes em saúde. Esse processo fortalece vínculos sociais e amplia a capacidade de resposta local frente a agravos epidemiológicos recorrentes (Tabosa *et al.*, 2025).

A incorporação de tecnologias digitais às práticas educativas em saúde amplia o alcance das ações, especialmente em contextos de restrição ao acesso presencial aos serviços. Entretanto, a efetividade dessas estratégias relaciona-se diretamente ao nível de letramento digital das populações envolvidas. Intervenções exclusivamente digitais tendem a reproduzir desigualdades previamente existentes. Nesse cenário, modelos híbridos, que articulam atividades presenciais e digitais, configuram-se como alternativas mais adequadas para populações em situação de vulnerabilidade (Moreal *et al.*, 2025).

No campo da saúde coletiva, a educação em saúde ultrapassa a lógica da transmissão de informações e relaciona-se à produção de sentidos sobre o cuidado. A comunicação em saúde assume centralidade nas práticas educativas ao possibilitar o diálogo entre saberes técnicos e

populares. Essa abordagem favorece estratégias mais sensíveis às realidades sociais e culturais dos territórios. Assim, a educação em saúde consolida-se como prática social inserida nas dinâmicas institucionais e comunitárias da saúde coletiva (Lima, 2025).

Entre populações infantojuvenis, as intervenções educativas associam-se à redução de agravos evitáveis quando articuladas a políticas de proteção social. A combinação entre ações educativas e políticas públicas contribui para a melhoria de indicadores epidemiológicos relacionados a infecções e mortalidade. Apesar das variações decorrentes dos diferentes desenhos das intervenções, mantém-se a centralidade da educação em saúde como componente das estratégias de cuidado. Esse cenário reforça a necessidade de ações intersetoriais voltadas à redução das vulnerabilidades sociais (Gomes *et al.*, 2025).

A perspectiva da educação popular em saúde prioriza o diálogo e a problematização da realidade como eixos centrais das práticas educativas. Ações fundamentadas em referenciais críticos fortalecem processos de vigilância popular em saúde nos territórios. Esse enfoque amplia a capacidade coletiva de identificar determinantes sociais do adoecimento. Dessa forma, a educação em saúde assume caráter político ao articular conhecimento científico e saberes populares na defesa da vida (Arjona *et al.*, 2024).

A vulnerabilidade social configura-se como fenômeno multidimensional, envolvendo fatores econômicos, sociais, ambientais e institucionais. Nesse contexto, as práticas educativas em saúde contribuem para a redução da suscetibilidade ao adoecimento ao fortalecer capacidades individuais e coletivas. A educação em saúde atua como ferramenta de resiliência ao favorecer o acesso à informação e a ampliação da autonomia dos sujeitos. Essa relação evidencia o vínculo entre educação, equidade e enfrentamento das iniquidades em saúde (Ashokan *et al.*, 2024).

O exame comparativo das produções permite identificar aproximações quanto à importância das práticas educativas para a redução das vulnerabilidades epidemiológicas, embora fundamentadas em estratégias metodológicas distintas. Observa-se que propostas de caráter institucional tendem a privilegiar a padronização das ações, enquanto iniciativas de base comunitária enfatizam a adequação às especificidades territoriais. Tal distinção sugere que a efetividade das práticas educativas está associada à capacidade de adaptação dos modelos implementados. A integração entre diretrizes normativas e práticas desenvolvidas nos

territórios permanece como desafio recorrente no conjunto das produções examinadas (Silva *et al.*, 2024).

A discussão sobre vulnerabilidades epidemiológicas relaciona a distribuição desigual das doenças a fatores sociais historicamente construídos. Nesse cenário, as práticas educativas contribuem para a reorganização das respostas em saúde ao promover a circulação qualificada de informações. A continuidade das ações educativas favorece a identificação precoce de riscos e a adesão a medidas preventivas. Assim, a educação em saúde integra o conjunto de estratégias voltadas à vigilância e ao controle de agravos nos territórios (Tabosa *et al.*, 2025).

A atuação da enfermagem nas práticas educativas em saúde assume papel estratégico na redução das vulnerabilidades, considerando a proximidade desses profissionais com os usuários. A ação educativa desenvolvida pela enfermagem fortalece vínculos e amplia a compreensão dos processos de cuidado. Esse movimento contribui para a mediação entre políticas públicas e necessidades concretas da população. Dessa forma, a educação em saúde consolida-se em dimensão indissociável do trabalho em saúde nos serviços (Silva *et al.*, 2024).

A análise conjunta das produções científicas evidencia a educação em saúde como dimensão transversal das políticas de promoção da saúde. Independentemente do público-alvo, as ações educativas demonstram potencial para reorientar práticas de cuidado e ampliar a equidade no acesso à informação. Ainda assim, permanecem fragilidades relacionadas à continuidade das ações e à sua vinculação a iniciativas isoladas. Tais elementos indicam a necessidade de incorporar de maneira estruturada as práticas educativas à organização dos serviços de saúde. (Lima, 2025).

A redução das vulnerabilidades sociais por meio da educação em saúde exige articulação intersetorial. Práticas desenvolvidas de forma isolada apresentam menor alcance quando desvinculadas de políticas sociais mais amplas. A integração entre saúde, educação e assistência social constitui condição necessária para potencializar os efeitos das ações educativas. Assim, a educação em saúde insere-se em um campo ampliado de respostas às desigualdades sociais (Gomes *et al.*, 2025).

A participação social configura-se como elemento central para a efetividade das práticas educativas em saúde. A valorização dos saberes locais e a escuta qualificada contribuem para

maior adesão às ações propostas. Modelos participativos favorecem o engajamento comunitário e a sustentabilidade das intervenções. Dessa forma, a educação em saúde consolida-se como prática dialógica e contextualizada nos territórios (Arjona *et al.*, 2024).

As práticas educativas em saúde apresentam contribuição consistente para a redução das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, condicionadas às estruturas institucionais e sociais em que se inserem. A articulação entre informação, participação social e cuidado amplia a capacidade de enfrentamento dos agravos. Nesse sentido, a educação em saúde afirma-se como componente estratégico da saúde coletiva contemporânea, ao integrar respostas institucionais e territoriais às desigualdades em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem desenvolvida nesta revisão narrativa permitiu delimitar o papel das práticas educativas em saúde no enfrentamento das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, evidenciando sua inserção como componente estruturante da organização do cuidado em saúde coletiva. As análises realizadas demonstram que tais práticas operam para além da transmissão de informações, atuando como dispositivos de mediação entre conhecimentos técnicos, saberes populares e contextos territoriais, o que repercute diretamente na promoção da saúde, na prevenção de agravos e no fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

Observou-se que as contribuições das práticas educativas se expressam de forma mais consistente quando orientadas pelos determinantes sociais da saúde e pelas condições concretas de vida das populações. A centralidade do território, a participação social e a articulação intersetorial configuram-se como elementos fundamentais para ampliar o alcance dessas ações, favorecendo processos de autonomia, ampliação do acesso à informação e reorganização do cuidado em contextos marcados por desigualdades persistentes.

Do ponto de vista institucional, a análise revelou que a efetividade das práticas educativas está condicionada à continuidade das ações, à integração com as políticas públicas e à qualificação das equipes de saúde. A predominância de iniciativas fragmentadas e de caráter pontual limita a sustentabilidade dessas práticas, indicando que sua consolidação como eixo

permanente dos serviços de saúde ainda representa um desafio relevante no âmbito da saúde coletiva.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o delineamento narrativo da revisão, que impossibilita a mensuração de impactos e a generalização dos achados, além da dependência de produções disponíveis nas bases e documentos consultados, o que pode ter restringido a incorporação de experiências territoriais não sistematizadas ou de abordagens metodológicas distintas.

Diante dessas limitações, recomenda-se que pesquisas futuras avancem na realização de investigações empíricas e avaliativas, capazes de aprofundar a compreensão sobre os efeitos das práticas educativas em saúde na redução das vulnerabilidades sociais e epidemiológicas. Sugere-se, ainda, a ampliação de análises comparativas entre diferentes territórios e grupos populacionais, bem como o fortalecimento de abordagens intersetoriais e participativas que contribuam para a institucionalização dessas práticas como componente estruturante do cuidado em saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

ARJONA, Felipe Bagatoli Silveira *et al.* A contribuição do pensamento de Paulo Freire para a Vigilância Popular em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e12312023, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.12312023>.

ASHOKAN, Arya Mukkil *et al.* Social vulnerability assessment in the health and disease context: review. **Discover Social Science and Health**, v. 4, n. 55, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s44155-024-00116-x>.

BEZERRA, Luciana Brandão *et al.* Ações educativas em local de vulnerabilidade social: um novo caminho à promoção da saúde. **Interagir: pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 1–21, jul./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.12957/interag.202156319>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19: Brasil ultrapassa 1,5 milhão de curados. Brasília, 24 jul. 2020. Atualizado em: 1 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/covid-19-brasil-ultrapassa-1-5-milhao-de-curados>.

COSTA, Safira Monteiro *et al.* Saúde pública e epidemiologia: intervenções e políticas eficazes no controle e prevenção de doenças crônicas e infecciosas. **Revista Foco**, v. 17, n. 12, e4826, p. 1–16, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n12-057.

GOMES, Thaís Batista *et al.* Eficácia das intervenções para crianças e adolescentes brasileiros em vulnerabilidade social: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 14, n. 11, e110141150036, 2025. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i11.50036>.

LIMA, Valéria Vernaschi. Educação em saúde: ênfases das pesquisas publicadas no período de 2014–2024. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, e13592025, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025309.13592025>.

MOREAL, Chiara *et al.* Promoting equitable access to infection prevention for people with different vulnerabilities: a scoping review. **BMC Nursing**, v. 24, n. 1236, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03773-8>.

NASCIMENTO, Wedson Guimarães. Educação em saúde e promoção das práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária à Saúde: representações e práticas educativas de profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2021. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Motricidade) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**, Rio Claro, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/213823>.

ROZENDO, Célia Alves *et al.* Contribuições da saúde coletiva no contexto da pandemia de covid-19: saberes e práticas. Maceió: **EDUFAL – Editora da Universidade Federal de Alagoas**, [2021]. E-book. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/8124>.

ROCHA, Fernanda Mota *et al.* Educação permanente em saúde no enfrentamento das vulnerabilidades. In: ROCHA, E. S. C.; TOLEDO, N. N.; PINA, R. M. P.; PEREIRA, R. S. F.; SOUZA, E. S. (Orgs.). **Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1**. Brasília, DF: Editora ABen, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11>.

ROCHA, Claudia Aparecida Godoy *et al.* Educação permanente em saúde: promovendo equidade no atendimento a populações vulneráveis. **REVISA**, v. 14, n. 1, p. 1276–1294, jan.–mar. 2025. DOI: <https://doi.org/10.36239/revisa.v14.n1.p1276a1294>.

SILVA, Thaís Cristina Sodr e *et al.* A contribui o das práticas integrativas e complementares na mitiga o das vulnerabilidades em saúde. **Revista Científica Interdisciplinar**, v. 7, n. 3, art. 14, p. 145–160, jul./set. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.51721/2526-4036/v7n3a14>.

SILVA, Flávio Carvalho *et al.* Práticas educativas em saúde aplicadas   enfermagem no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educa o (REASE)**, São Paulo, v. 10, n. 11, p. 1710–1721, nov. 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16403>.

TABOSA, Cinthya Nascimento *et al.* Da sala de aula   comunidade: relato de experiência sobre educa o em saúde e preven o de doenças infecciosas. **Revista Universitária Brasileira**, v. 3, n. 4, p. 30–35, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18312213>.

EQUIDADE EM SAÚDE MENTAL NO SUS: BARREIRAS DE ACESSO E ESTRATÉGIAS PARA POPULAÇÕES VULNERABILIZADAS

Resumo: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado para garantir acesso universal e equitativo à saúde, incluindo a atenção em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica brasileira impulsionou a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma lógica territorial, comunitária e psicossocial, especialmente por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Entretanto, populações vulnerabilizadas ainda enfrentam barreiras importantes para acessar cuidados adequados. Esta revisão narrativa analisou estudos conduzidos no Brasil, no contexto do SUS, que investigaram acesso, equidade e barreiras na atenção em saúde mental. As buscas foram realizadas em Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv e ClinicalTrials.gov, resultando em 1.040 registros identificados, dos quais 33 estudos foram incluídos após as etapas de triagem. Os achados evidenciaram barreiras como baixa participação da Atenção Primária na identificação e encaminhamento de casos, rotatividade profissional, racismo institucional, transfobia, isolamento geográfico, fragilidade do apoio familiar e desigualdades regionais. Embora as internações psiquiátricas tenham diminuído nacionalmente entre 2008 e 2022, persistem assimetrias territoriais. Estratégias como arteterapia, cuidado de rua, vínculo terapêutico e inclusão de raça/cor nos projetos terapêuticos mostram potencial para ampliar a equidade no SUS. Conclui-se que enfrentar determinantes estruturais e fortalecer serviços comunitários são medidas essenciais para reduzir iniquidades persistentes.

Ana Paula Hara

Graduada em Medicina, Universidade de Marília (UNIMAR)

Everaldo dos Santos Mendes

Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Misael Alves Cardoso

Graduado em Enfermagem, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Marcos Aurélio Trindade

Psicólogo, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Palavras-Chave: Acessibilidade aos Serviços



de Saúde; Equidade em Saúde; Populações Vulneráveis; Saúde Mental; Sistema Único de Saúde.

MENTAL HEALTH EQUITY IN THE SUS: BARRIERS TO ACCESS AND STRATEGIES FOR VULNERABLE POPULATIONS

Abstract: Brazil's Unified Health System (SUS) was structured to ensure universal and equitable access to health care, including mental health care. The Brazilian Psychiatric Reform promoted the replacement of the hospital-centered model with a territorial, community-based, and psychosocial approach, particularly through Psychosocial Care Centers (CAPS) and the Psychosocial Care Network (RAPS). However, vulnerable populations still face significant barriers to accessing appropriate care. This narrative review analyzed studies conducted in Brazil, within the context of the SUS, that investigated access, equity, and barriers in mental health care. Searches were conducted in Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv, and ClinicalTrials.gov, resulting in 1,040 identified records, of which 33 studies were included after the screening stages. The findings highlighted barriers such as limited participation of Primary Health Care in case identification and referral, professional turnover, institutional racism, transphobia, geographic isolation, weak family support, and regional inequalities. Although psychiatric hospitalizations decreased nationally between 2008 and 2022, territorial asymmetries persist. Strategies such as art therapy, street outreach care, therapeutic bonding, and the inclusion of race/skin color in therapeutic projects show potential to expand equity within the SUS. It is concluded that addressing structural determinants and strengthening community-based services are essential measures to reduce persistent inequities.

Keywords: Access to Health Care; Health Equity; Vulnerable Populations; Mental Health; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de saúde mental representam um fardo significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo, com as condições neuropsiquiátricas figurando entre as principais causas de incapacidade (Resende *et al.*, 2026). O Brasil, que abriga o maior sistema público de saúde universal do mundo, implementou a reforma psiquiátrica a partir da década de 1970,

inspirada pelo movimento italiano contra o asilo, reestruturando fundamentalmente a política de saúde mental dentro do SUS (Santos; Malinverni; Martins, 2025) . A Reforma Psiquiátrica Brasileira promoveu a desinstitucionalização e estabeleceu serviços baseados no território, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), representando uma mudança paradigmática do cuidado centrado no hospital para o cuidado baseado na comunidade (Santos; Malinverni; Martins, 2025) .

A Lei 10.216/2001 marcou um marco legislativo ao redefinir os modelos de assistência à saúde mental, centrando as políticas no respeito aos direitos humanos e na ampliação do acesso aos serviços psicossociais (Santos; Malinverni; Martins, 2025) . Essa transição demonstrou sucesso mensurável, com as internações psiquiátricas diminuindo de 314.686 em 2008 para 151.113 em 2022, juntamente com a redução da duração média da internação de 45,1 para 22,1 dias (Resende *et al.*, 2026) . No entanto, apesar desses avanços, ainda persistem lacunas significativas em termos de equidade, afetando particularmente as populações vulneráveis que enfrentam múltiplas barreiras interligadas no acesso à assistência à saúde mental.

O conceito de equidade em saúde no âmbito do SUS implica que o cuidado deve ser prestado de acordo com a necessidade, abordando as desigualdades históricas e estruturais. No entanto, o racismo institucional, enraizado nas rotinas dos serviços de saúde, opera como uma prática cultural e socialmente sancionada que subordina mulheres negras e outros grupos racializados nos espaços de saúde mental (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009) . A interseção de marcadores sociais, incluindo racismo, classe e precariedade socioambiental, limita o acesso de populações quilombolas, refugiados, pessoas transgênero, pessoas em situação de rua e aquelas que residem em áreas rurais remotas (Santos; Malinverni; Martins, 2025) .

Esta revisão narrativa tem como objetivo sintetizar evidências sobre as barreiras de acesso à saúde mental e as estratégias para populações vulneráveis no âmbito do SUS brasileiro, abordando a seguinte questão de pesquisa: Quais são as principais barreiras de acesso e as estratégias eficazes para promover a equidade em saúde mental para populações vulneráveis no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro?

METODOLOGIA

Realizamos buscas nas bases de dados Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv e ClinicalTrials.gov utilizando seis strings de busca abrangentes, combinando os termos: (Brasil OU SUS OU "Sistema Único de Saúde") E ("saúde mental" OU "saúde mental" OU "transtorno mental") combinados com os termos equidade, vulnerabilidade, barreiras de acesso, CAPS, Atenção Primária, RAPS, cuidado psicossocial, apoio matricial, cuidado territorial, cuidado comunitário, intersetorialidade, discriminação institucional, racismo institucional e estigma.

A busca identificou 1.040 registros. Após a remoção de 505 duplicatas, restaram 535 registros únicos. Filtros mecânicos excluíram 137 registros, restando 398 registros para triagem por título/resumo. Após a triagem por título/resumo, 361 registros foram excluídos e 199 foram submetidos à avaliação do texto completo. A revisão do texto completo excluiu 166 estudos, resultando em 33 estudos incluídos na síntese final.

A extração de dados coletou características do estudo, incluindo autor, ano de publicação, desenho do estudo, população, contexto, tamanho da amostra, foco na vulnerabilidade, barreiras identificadas, estratégias avaliadas e principais resultados. Dois revisores extraíram os dados de forma independente, utilizando formulários padronizados.

O risco de viés foi avaliado utilizando ferramentas apropriadas para cada desenho de estudo. Não foram registradas avaliações formais de risco de viés no banco de dados dos estudos incluídos

RESULTADOS

Esta revisão narrativa sintetizou os resultados de 26 estudos totalmente analisados que examinaram a equidade em saúde mental, as barreiras de acesso e as estratégias de cuidado para populações vulneráveis no âmbito do SUS brasileiro. Os estudos incluídos empregaram

predominantemente metodologias qualitativas (n=20), com delineamentos quantitativos transversais (n=4) e abordagens de métodos mistos (n=2).

Os estudos examinaram diversas populações vulneráveis: indivíduos transgêneros/travestis (n=5), populações negras, incluindo quilombolas (n=4), pessoas em situação de rua (n=4), crianças e adolescentes (n=4), mães adolescentes (n=1), refugiados (n=1), profissionais do sexo (n=1) e populações em áreas rurais remotas (n=2). A abrangência geográfica incluiu estudos de vários estados brasileiros, incluindo São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Bahia e a região Norte.

Os tamanhos das amostras variaram de pequenos estudos qualitativos com 8 a 17 participantes em estudos de entrevistas focadas a grandes estudos transversais, incluindo 583 mães adolescentes (Carvalho *et al.*, 2025) e análise de 31.587 equipes de atenção primária (Lima *et al.*, 2021). Um estudo retrospectivo nacional analisou todas as internações psiquiátricas no Sistema de Informação Hospitalar do SUS de 2008 a 2022 (Resende *et al.*, 2026).

Um estudo transversal que analisou 31.587 equipes de atenção primária constatou que 29,2% operavam em níveis de baixa qualidade para assistência em saúde mental, com diferenças regionais persistentes tanto na estruturação da APS quanto na qualidade do atendimento em saúde mental (Lima *et al.*, 2021). Equipes de atenção primária com atributos de APS altamente estruturados eram significativamente mais propensas a fornecer atendimento em saúde mental de maior qualidade (OR = 14,74 para estruturação de alto nível; OR = 2,193 para nível médio) (Lima *et al.*, 2021).

A análise dos itinerários terapêuticos entre 341 usuários de serviços especializados de saúde mental demonstrou fragilidades significativas na integração da rede de saúde (Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024). Os resultados revelaram baixa participação da APS no acolhimento de novos casos, com a maior parte do atendimento ocorrendo em serviços especializados; altas proporções de casos identificados durante situações de crise; baixa participação da APS nos encaminhamentos, com alta demanda espontânea por serviços especializados; e falta de continuidade na APS após o ingresso no atendimento especializado (Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024).

Nos municípios que não possuem Centros de Atendimento Psicossocial para Crianças e Adolescentes, as escolas serviram como principais impulsionadoras da busca por atendimento, enquanto as unidades básicas de saúde funcionaram principalmente como pontos de encaminhamento (Leitão *et al.*, 2025). A alta rotatividade de profissionais surgiu como a principal barreira ao acesso e à continuidade do atendimento, destacando a necessidade de construir redes de saúde mental desde a base em áreas carentes (Leitão *et al.*, 2025).

Dados nacionais demonstraram que, embora as hospitalizações psiquiátricas tenham diminuído em mais de 50% entre 2008 e 2022, persistiram variações regionais acentuadas, com declínios mais lentos na região Norte (Resende *et al.*, 2026). Os custos totais de hospitalização caíram mais de 75% entre 2010 (R\$ 1.123.798.345) e 2022 (R\$ 290.769.856), refletindo a mudança para o atendimento baseado na comunidade, mas as desigualdades regionais ressaltam a necessidade de investimentos direcionados (Resende *et al.*, 2026).

Em municípios rurais remotos, o esquema regional, particularmente nos estados do Norte, não refletia a dinâmica social da população e criava fluxos inadequados e rotas indesejadas (Santos *et al.*, 2024). A escassez de serviços públicos favorecia a dependência do setor privado, com grandes distâncias e falta de serviços públicos tornando os sistemas de saúde locais dependentes de contratos com prestadores privados (Santos *et al.*, 2024). Enfermeiros em 27 municípios rurais remotos em 10 estados desenvolveram amplas habilidades para superar dificuldades de comunicação e minimizar lacunas no atendimento, embora nenhum tenha estabelecido um diálogo entre o conhecimento popular e as práticas biomédicas, apesar de reconhecer a diversidade cultural e étnica (Santos *et al.*, 2025).

Pesquisas que examinaram o impacto do racismo institucional no tratamento de saúde mental de mulheres negras no CAPS em Pelotas/RS constataram que o racismo institucional está enraizado nas rotinas do serviço de saúde do SUS como uma prática cultural e socialmente sancionada (Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009). Essa discriminação subordina as mulheres negras na interseção de múltiplas opressões dentro dos espaços de saúde mental.

A análise da legislação que estrutura o atendimento em saúde mental para populações quilombolas revelou que somente recentemente o acesso dos quilombolas à saúde mental foi explicitamente abordado em documentos legais, contribuindo para a manutenção da desigualdade de acesso (Santos; Malinverni; Martins, 2025). A interseção de marcadores

sociais — racismo, classe e precariedade socioambiental — limita o acesso dos quilombolas a equipamentos e serviços públicos, refletindo desafios históricos e estruturais longe de uma resolução efetiva (Santos; Malinverni; Martins, 2025) .

Um estudo realizado em um CAPS para Crianças e Adolescentes constatou que os cuidadores de crianças e adolescentes negros são quase inteiramente mulheres (95,5%), negras (85,7%) e tipicamente mães ou avós (88,6%) (Régio *et al.*, 2023) . As redes de apoio social eram maiores entre indivíduos brancos (16,7%), seguidas por indivíduos de pele parda (3,8%) e inexistentes entre indivíduos negros (0%), demonstrando disparidades raciais no apoio ao cuidado (Régio *et al.*, 2023) . O racismo opera como um determinante social da saúde mental, exigindo a inserção de raça/cor como uma categoria analítica em Projetos Terapêuticos Singulares (Candido *et al.*, 2022) .

Indivíduos transgênero enfrentam barreiras de acesso persistentes, apesar dos avanços nas políticas de saúde transgênero (Silva *et al.*, 2024) . Os resultados enfatizam a necessidade de estruturas adequadas, treinamento específico para profissionais de saúde e a influência das redes de apoio nos resultados de saúde mental. As barreiras de acesso em cidades de pequeno e médio porte ressaltam particularmente a importância de expandir os serviços especializados e fortalecer o papel da Atenção Primária à Saúde (Silva *et al.*, 2024) .

Entre 65 indivíduos transgêneros, travestis e não binários em Porto Alegre, episódios de transfobia ao acessar serviços de saúde foram relatados por 28 indivíduos (Araujo; Kopittke; Vicari, 2024) . A terapia hormonal autoadministrada foi maior entre mulheres transgênero, travestis e pessoas transfemininas (n=10), refletindo lacunas no acesso formal à saúde (Araujo; Kopittke; Vicari, 2024) .

A transfobia cria repercussões intra e interpessoais que afetam homens trans e pessoas transmasculinas, incluindo o enfraquecimento dos laços familiares, discriminação nas escolas, limitação de oportunidades profissionais, barreiras ao autocuidado e ao acesso a serviços de saúde e consequências para a saúde psicoemocional (Lobo *et al.*, 2023) . As pessoas transgênero sofrem violência intencional e não intencional, incluindo violência nos serviços de saúde e em ambientes familiares, impactando o bem-estar físico e emocional (Mello; Moretti-Pires; Signorelli, 2024) .

A complexidade do cuidado com as populações sem-teto exige atenção coordenada que vai além do setor da saúde (Pinto *et al.*, 2026). O uso de drogas entre pessoas sem-teto desempenha múltiplas funções simbólicas — aliviando a fome, a solidão, o sofrimento e a depressão, enquanto simultaneamente causa fome, depressão, perdas afetivas, deterioração da saúde e baixa autoestima (Brito; Antunes, 2024). Essa relação cíclica complica as abordagens de cuidado e gera divergências entre os profissionais.

Uma pesquisa com 579 participantes em locais de consumo de drogas a céu aberto em São Paulo, Fortaleza e Brasília revelou que Fortaleza apresentava menores taxas de moradores de rua, mas acesso limitado a serviços de saúde especializados, enquanto Brasília demonstrava maior utilização de serviços de emergência para questões relacionadas a drogas e maior acesso a serviços de saúde e assistência (18). Em nenhuma das três capitais, mais da metade dos participantes foi testada para tuberculose e infecções sexualmente transmissíveis, o que demonstra lacunas nos serviços.

As mulheres refugiadas congoleesas no Rio de Janeiro vivenciaram desconfiança, limitações linguísticas e falta de conhecimento, o que contribuiu para a insuficiência de capital social e a inacessibilidade aos serviços (Colodetti; Ortega, 2025). O impacto da violência diária em suas experiências demonstra como as categorias interseccionais de gênero, raça, classe e nacionalidade agravam as barreiras de acesso.

Entre 583 mães adolescentes usuárias do SUS, a prevalência de depressão (61,9%) e ansiedade (63,8%) foi alta (Carvalho *et al.*, 2025). Apenas 15,9% das adolescentes diagnosticadas com transtornos mentais estavam recebendo tratamento. As principais barreiras identificadas foram dificuldades de acesso ao apoio psicológico, falta de interesse e falta de incentivo, associadas à ausência de apoio familiar ($p < 0,001$), perda de amigos da escola ($p < 0,001$) e histórico de problemas de saúde mental (Carvalho *et al.*, 2025).

O atendimento a adolescentes com comportamento autolesivo nos serviços de emergência enfrenta desafios relacionados com deficiências de formação nas áreas da saúde mental e da adolescência, com dificuldades de articulação e cuidados baseados na lógica de encaminhamento em vez de abordagens abrangentes (Leite *et al.*, 2025).

A arteterapia emergiu como uma estratégia poderosa no cuidado da saúde mental na Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul, particularmente para mulheres em

vulnerabilidade psicossocial (Moraes; Trindade; Tesser, 2025). Essa abordagem promove a expressão simbólica, a convivência, a prevenção da deterioração e o fortalecimento de vínculos. Baseada em tecnologias de luz, a arteterapia contribui para uma terapêutica humanizada na Atenção Primária, embora essas abordagens necessitem de maior institucionalização, financiamento contínuo e reconhecimento federal/municipal (Moraes; Trindade; Tesser, 2025).

O trabalho do Escritório de Atendimento de Rua no norte do Brasil proporciona acessibilidade geográfica e socio-organizacional para mulheres grávidas sem-teto, facilitando encontros no local no território, apesar das barreiras geográficas e situações perigosas nas regiões de fronteira (Barbosa *et al.*, 2024). Medidas educativas e o estabelecimento de vínculos com as mulheres representam estratégias poderosas.

As estratégias de atendimento desenvolvidas durante a pandemia de COVID-19 para crianças e adolescentes em áreas de alta vulnerabilidade social de Belo Horizonte reforçaram a importância de buscar usuários e famílias por meio de diferentes meios de acesso e articulações territoriais mais estreitas (Souza *et al.*, 2021). As limitações incluíram dificuldades nas articulações intersetoriais e no desenvolvimento de ações voltadas para adolescentes.

Enfermeiras de cuidados primários que trabalham com mulheres sem-teto empregam tecnologias suaves para fornecer apoio, vínculo e cuidados abrangentes (Barbosa *et al.*, 2025). A construção de vínculos apoia o cuidado abrangente, garantindo os direitos universais à saúde e a dignidade humana como elementos fundamentais para a conquista dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

As equipes de enfermagem que cuidam de profissionais do sexo buscam cuidados que solucionem problemas e promovam a autonomia por meio de estratégias de vínculo e apoio (Rodrigues *et al.*, 2025). A atenção primária à saúde pode servir como aliada no enfrentamento da violência sofrida por populações transgênero, garantindo cuidados abrangentes (Mello; Moretti-Pires; Signorelli, 2024).

As ações para empoderar as populações negras incluem a inserção de raça/cor como categoria analítica e processual em Projetos Terapêuticos Singulares como prática integral dos processos de trabalho em equipe multiprofissional (Candido *et al.*, 2022). O investimento

persistente na identificação e qualificação de ações e discussões narrativas é necessário para abordar os efeitos psicossociais do racismo.

Os espaços de escuta para grupos vulneráveis, como os refugiados congolezes, representam estratégias para promover a equidade e o acesso universal à saúde (Colodetti; Ortega, 2025) .

São necessárias estratégias que promovam a integração dos serviços, especialmente no que diz respeito aos cuidados primários de saúde, para favorecer o acesso oportuno a cuidados especializados e permitir a continuidade entre diferentes unidades de saúde (Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024) . A formação de profissionais de saúde em identidade de gênero, a expansão dos serviços específicos para pessoas transgênero e a melhoria da utilização do nome social e da identidade de gênero nos registros são essenciais (Silva *et al.*, 2024) .

O trabalho dos enfermeiros em situações de crise de saúde mental revela a necessidade de mobilização política e social contra o modelo de cuidados de asilo e consolidação da perspectiva da Reforma Psiquiátrica (Paula *et al.*, 2024) .

DISCUSSÃO

Esta revisão identificou barreiras substanciais à equidade em saúde mental no âmbito do SUS brasileiro, afetando diversas populações vulneráveis. Apesar do sucesso documentado da reforma psiquiátrica — com internações hospitalares caindo mais de 50% em nível nacional e custos reduzindo-se em mais de 75% (Resende *et al.*, 2026) — as desigualdades persistem em múltiplos eixos, incluindo raça, identidade de gênero, localização geográfica e nível socioeconômico.

As evidências demonstram que a Atenção Primária à Saúde, embora estruturalmente associada a uma melhor qualidade da assistência em saúde mental (OR = 14,74 para APS altamente estruturada) (Lima *et al.*, 2021) , apresenta baixa participação na identificação de casos, encaminhamento e continuidade do cuidado (Silva; Treichel; Onocko-Campos, 2024) . Essa fragmentação afeta particularmente as populações vulneráveis que enfrentam barreiras agravadas no acesso a serviços especializados.

O racismo institucional emerge como um determinante central das desigualdades em saúde mental para as populações negras, incorporado nas rotinas de serviço e insuficientemente abordado nos documentos de políticas até recentemente (Santos; Malinverni; Martins, 2025; Vieira-da-Silva; Almeida Filho, 2009). Da mesma forma, a transfobia opera como uma "doença social" com consequências de longo alcance para a saúde e o acesso aos serviços de pessoas transgênero (Lobo *et al.*, 2023).

As disparidades geográficas, que afetam particularmente a região Norte e os municípios rurais remotos, refletem esquemas regionais inadequados que não levam em conta a dinâmica populacional (Resende *et al.*, 2026). A escassez de serviços públicos nessas áreas cria dependência de provedores privados e forças de mercado que podem não priorizar as populações vulneráveis.

Esta revisão amplia trabalhos anteriores ao focar especificamente em populações vulneráveis, em vez da utilização geral de serviços de saúde mental. Os resultados estão em consonância com a literatura mais ampla que documenta as persistentes desigualdades raciais em saúde no Brasil e com evidências internacionais sobre as disparidades em saúde de pessoas transgênero. A identificação da qualidade estrutural da APS como associada à qualidade da assistência em saúde mental confirma modelos teóricos dos atributos da atenção primária.

Os resultados apoiam diversas recomendações práticas: fortalecer a capacidade da Atenção Primária à Saúde (APS) em cuidados de saúde mental por meio de treinamento e alocação de recursos; institucionalizar práticas antirracistas, incluindo a análise de raça/cor no planejamento terapêutico; expandir os modelos de atendimento de rua e de cuidado territorial para populações sem-teto e socialmente excluídas; capacitar profissionais em identidade de gênero e garantir a documentação adequada do nome social; e desenvolver abordagens intersetoriais que reconheçam os determinantes da saúde mental além do setor da saúde.

As prioridades de pesquisa incluem estudos longitudinais que examinam a eficácia das intervenções para grupos vulneráveis específicos; pesquisas de eficácia comparativa sobre diferentes modelos de atendimento em diversas regiões; ciência da implementação que examina estratégias para integrar considerações de equidade no atendimento de rotina; e estudos quantitativos com poder estatístico suficiente para detectar diferenças nos resultados de acordo com o nível de vulnerabilidade.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da reforma psiquiátrica progressista e do sistema universal de saúde no Brasil, persistem desigualdades substanciais em saúde mental para populações vulneráveis dentro do SUS. As principais barreiras incluem a fragmentação dos percursos de atendimento com baixa integração à Atenção Primária à Saúde (APS), o racismo institucional que afeta as populações negras e quilombolas, a transfobia que cria barreiras de acesso para pessoas transgênero, o isolamento geográfico em áreas remotas e a insuficiência de estruturas de apoio familiar e social. As evidências apoiam estratégias como arteterapia, abordagens de atendimento de rua, práticas de vínculo, abordagens terapêuticas antirracistas e aprimoramento da formação profissional. Os resultados devem orientar o desenvolvimento de políticas públicas, reconhecendo-se, ao mesmo tempo, a necessidade de pesquisas rigorosas sobre a efetividade. Investimentos direcionados que abordem os determinantes estruturais e a expansão dos serviços comunitários em áreas carentes são essenciais para alcançar a equidade em saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Lara Colles de Oliva; KOPITTKKE, Luciane; VICARI, Vinicius. Hormone use among the transgender, transvestites and non-binary population of Porto Alegre, Brazil, 2021: a cross-sectional study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. spe1, 2024.

BARBOSA, Nayara Gonçalves *et al.* Accessibility to prenatal care at the Street Outreach Office: nurse perceptions in northern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, n. suppl 2, 2024.

BARBOSA, Nayara Gonçalves *et al.* Welcoming and bonding in nursing care for homeless women in Primary Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. suppl 2, 2025.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-6

BRITO, Claudia; ANTUNES, Valeska Holst. O valor simbólico do uso de droga para população em situação de rua: droga que mata e alimenta. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 10, 2024.

CANDIDO, Bruna de Paula *et al.* The race/color question in the care process in a psychosocial care center for children and adolescents. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022.

CARVALHO, Amanda Ferreira de *et al.* A multicenter study on the mental health of Brazilian adolescent mothers, 2024. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, 2025.

COLODETTI, Paula; ORTEGA, Francisco. “Não tem vaga, só se conhecer alguém”: percepção do acesso à saúde por mulheres congolezas residentes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 10, 2025.

LEITÃO, Igor Brum *et al.* Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, 2025.

LEITE, Janiely Aparecida Senne de Sousa *et al.* Adolescents with self-injurious behavior in emergency services: a look at comprehensive care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, 2025.

LIMA, Antonio Moacir de Jesus *et al.* Por que a assistência em saúde mental não acompanha a estruturação da atenção primária? **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 99, 8 dez. 2021.

LOBO, Bernardo Haylan de Souza do Carmo *et al.* Transphobia as a social disease: discourses of vulnerabilities in trans men and transmasculine people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. suppl 2, 2023.

MELLO, Mônica Machado Cunha e; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; SIGNORELLI, Marcos Claudio. Perception of violence by transvestigender people in Brazil and its implications for primary health care. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. spe1, 2024.

MORAES, Marielly de; TRINDADE, Jorge Luiz de Andrade; TESSER, Charles Dalcanale. Circunstâncias e cenários da construção da arteterapia na atenção primária à saúde: olhares dos protagonistas dessa prática. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, v. 23, n. 8, p. e11078, 19 ago. 2025.

PAULA, Gessner Bravo de *et al.* Mental health crisis situations: the nurse’s work in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, 2024.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

10.71248/9786583818270-6

PINTO, Tiago Rocha *et al.* Health needs and access of homeless people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 79, 2026.

RÉGIO, Luciane *et al.* El cuidado de niños y adolescentes negros con problemas de salud mental en la interseccionalidad entre género y raza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, dez. 2023.

RESENDE, Bruna Lopes *et al.* Nationwide decline in psychiatric hospitalizations and costs in Brazil, 2008–2022: a retrospective descriptive study evidencing reform-driven community mental health gains. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 56, p. 101425, abr. 2026.

RODRIGUES, Helen Prates *et al.* Nursing team perceptions in caring for sex workers in primary care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 59, 2025.

SANTOS, Alessandra Regina de Souza; MALINVERNI, Cláudia; MARTINS, Mario Henrique da Mata. Saúde mental e população quilombola. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, v. 26, n. 2, p. 149–158, 1 dez. 2025.

SANTOS, Adriano Maia Dos *et al.* [Dynamics of regionalization and repercussions of gaps in care on health marketing in remote rural municipalities]. **Cadernos de saúde pública**, v. 40, n. 8, p. e00194523, 2024.

SANTOS, Adriano Maia dos *et al.* Prática da enfermeira na atenção primária à saúde em municípios rurais remotos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 9, 2025.

SILVA, Samuel Araujo Gomes da *et al.* Exploring the complexities and challenges of healthcare access for transgender people in Minas Gerais state: a qualitative study a decade following the implementation of the transsexualization process in the Brazilian National Health System. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. spe1, 2024.

SILVA, Michelle Chanchetti; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental: uma análise por clusters. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 11, 2024.

SOUZA, Thaís Thaler *et al.* Saúde mental de crianças e adolescentes na atenção básica durante pandemia: um relato de experiência. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, p. 832, 2 jul. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s217–s226, 2009.

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR EM SAÚDE MENTAL: CRITÉRIOS DE CONSTRUÇÃO, ADESÃO E RESULTADOS CLÍNICO- FUNCIONAIS

Resumo: Objetivo: sintetizar evidências sobre critérios de construção, adesão e resultados clínico-funcionais de planos terapêuticos singulares em saúde mental. Método: revisão sistemática realizada nas bases Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv e ClinicalTrials.gov. As buscas identificaram 1.024 registros; após remoção de duplicatas, triagem e avaliação em texto completo, sete estudos foram incluídos na síntese qualitativa. Foram extraídos dados sobre delineamento, população, intervenção, critérios de construção, adesão e desfechos clínico-funcionais, com avaliação da certeza pelo GRADE. Resultados: os estudos apontaram que a construção do plano terapêutico singular envolve tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa, flexibilidade, tolerância à incerteza e integração da rede social. As evidências sugerem possível melhora da adesão e do engajamento, enquanto os achados sobre redução de sintomas, funcionamento e qualidade de vida foram heterogêneos e de baixa ou muito baixa certeza. Conclusão: o plano terapêutico singular apresenta relevância clínica para o cuidado individualizado em saúde mental, mas requer estudos mais robustos para confirmar seus efeitos.

Ana Paula Hara

Graduada em Medicina, Universidade de Marília (UNIMAR)

Everaldo dos Santos Mendes

Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Marcos Aurélio Trindade

Psicólogo, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Maurino Bertoldo Silva

Graduado em Psicologia, UNIPAC

Palavras-Chave: Saúde Mental; Planejamento de Assistência ao Paciente; Tomada de Decisão Compartilhada; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Resultado do Tratamento.

SINGULAR THERAPEUTIC PLAN IN MENTAL HEALTH: CONSTRUCTION CRITERIA, ADHERENCE AND CLINICAL- FUNCTIONAL OUTCOMES

Abstract: Objective: to synthesize evidence on construction criteria, adherence and clinical-functional outcomes of singular therapeutic plans in mental health. Method: systematic review conducted in Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv and ClinicalTrials.gov. The searches identified 1,024 records; after duplicate removal, screening and full-text assessment, seven studies were included in the qualitative synthesis. Data were extracted on study design, population, intervention, construction criteria, adherence and clinical-functional outcomes, with certainty of evidence assessed using GRADE. Results: the studies indicated that singular therapeutic plan construction involves shared decision-making, person-centered assessment, flexibility, tolerance of uncertainty and integration of the social network. The evidence suggests possible improvement in adherence and engagement, whereas findings on symptom reduction, functioning and quality of life were heterogeneous and showed low or very low certainty. Conclusion: the singular therapeutic plan has clinical relevance for individualized mental health care, but more robust studies are needed to confirm its effects.

Keywords: Mental Health; Patient Care Planning; Shared Decision Making; Treatment Adherence and Compliance; Treatment Outcome.

II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A assistência à saúde mental está passando por uma transformação global em direção a serviços comunitários, orientados para a recuperação e centrados na pessoa. Essa mudança de paradigma reconhece os indivíduos com doença mental como pessoas integrais, e não meramente pacientes, e os capacita a direcionar suas próprias vidas (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). O Plano Terapêutico Singular incorpora essa filosofia ao construir trajetórias de tratamento especificamente adaptadas às necessidades, valores e objetivos de recuperação de cada indivíduo.

A justificativa para o planejamento individualizado do tratamento deriva de vários fatores convergentes. Primeiro, mesmo quando dois indivíduos apresentam sintomas

semelhantes, as causas subjacentes podem diferir substancialmente devido a influências genéticas, neurobiológicas e ambientais (Arango *et al.*, 2026). Segundo, as vias de tratamento tradicionais orientadas pelo diagnóstico muitas vezes não abordam a natureza multidimensional da recuperação, que engloba não apenas a remissão dos sintomas, mas também a restauração da autonomia e do sentido da vida (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Terceiro, o cuidado centrado na pessoa demonstrou benefícios, incluindo melhor adesão, autogestão e qualidade de vida (Svamo *et al.*, 2026).

Apesar desses fundamentos teóricos, a implementação de cuidados individualizados orientados para a recuperação continua sendo um desafio, exigindo tanto reforma sistêmica quanto transformação pessoal entre os profissionais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). A psiquiatria de precisão surge da premissa de otimizar a resposta terapêutica adaptando as intervenções aos perfis biológicos, psicológicos e contextuais individuais (Arango *et al.*, 2026). As principais ações para a implementação incluem a integração da avaliação multidimensional além do diagnóstico categórico, a adequação das intervenções aos perfis individuais e a incorporação de tecnologias digitais para monitoramento e acompanhamento (Arango *et al.*, 2026).

Diversos modelos operacionalizam o cuidado individualizado. O Diálogo Aberto com Apoio de Pares (POD, na sigla em inglês) exemplifica como os profissionais podem conduzir a recuperação por meio de abordagens colaborativas e dialógicas que colocam os clientes no centro dos sistemas relacionais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Os modelos de cuidado escalonado fornecem níveis de intensidade personalizados que correspondem à gravidade e às necessidades do paciente (Malogiannis *et al.*, 2025). O Modelo de Processo de Intervenção em Terapia Ocupacional (OTIPM, na sigla em inglês) oferece uma abordagem centrada no cliente e baseada na ocupação, facilitando o estabelecimento colaborativo de metas (Imamoto *et al.*, 2025).

No entanto, ainda existem lacunas na compreensão de como os planos individualizados são construídos, quais fatores influenciam a adesão e se eles produzem resultados clínico-funcionais superiores em comparação com abordagens padronizadas. Esta revisão sistemática tem como objetivo sintetizar as evidências referentes a: (1) critérios de construção e princípios de design para planos terapêuticos individualizados em saúde mental; (2) padrões de adesão e engajamento ao tratamento; e (3) resultados clínicos e funcionais, incluindo redução de sintomas, qualidade de vida e incapacidade.



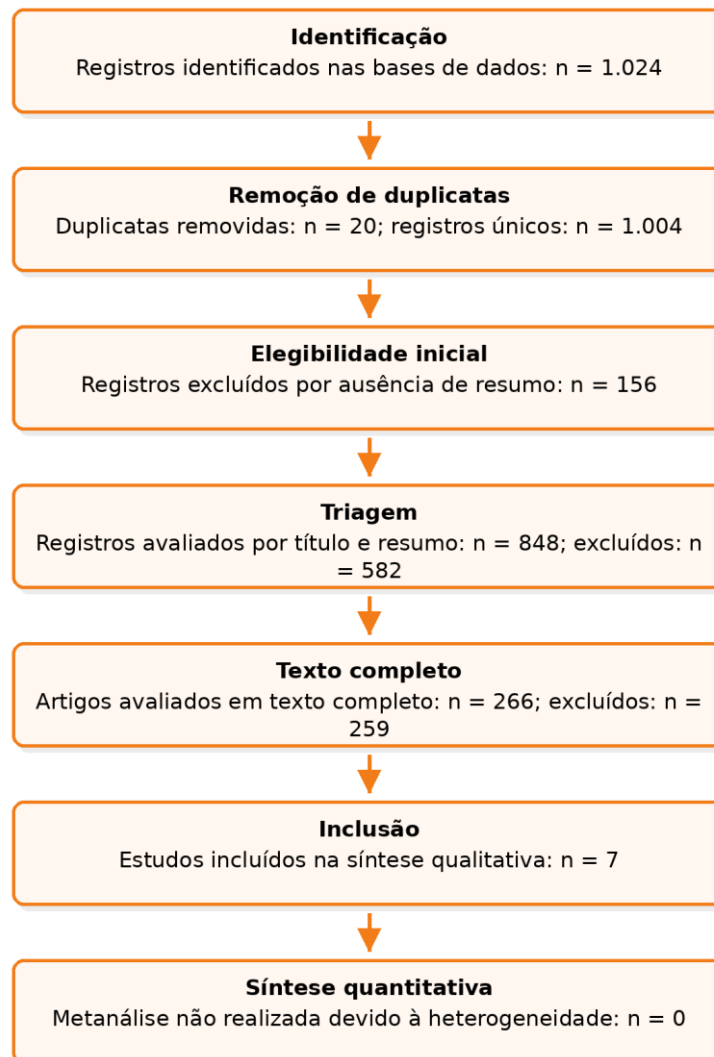
METODOLOGIA

Realizamos buscas em cinco bases de dados: Semantic Scholar, PubMed, OpenAlex, arXiv e ClinicalTrials.gov. As consultas de busca combinaram termos relacionados ao planejamento do tratamento ("planejamento do tratamento", "planejamento terapêutico", "planejamento do cuidado", "formulação clínica") com condições de saúde mental (depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose, transtornos de personalidade, transtornos por uso de substâncias, TEPT) e conceitos de individualização (individualizado, singular, personalizado, sob medida, customizado, centrado na pessoa, centrado no paciente, responsividade diferencial).

As buscas iniciais nas bases de dados identificaram 1.024 registros. Após a remoção de 20 duplicatas (12 por DOI e 8 por título), restaram 1.004 registros únicos. Em seguida, 156 registros foram excluídos por ausência de resumo, permanecendo 848 registros para triagem por título e resumo. Nessa etapa, 582 registros foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Assim, 266 artigos foram avaliados em texto completo; destes, 259 foram excluídos por não contemplarem adequadamente plano terapêutico individualizado em saúde mental, não apresentarem desfechos clínico-funcionais ou de adesão, apresentarem delineamento incompatível ou possuírem informações insuficientes para extração. A amostra final foi composta por sete estudos incluídos na síntese qualitativa.

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

Fluxograma PRISMA da seleção dos estudos



A extração de dados incluiu o desenho do estudo, as características da população, os detalhes da intervenção, os critérios de construção (quando relatados), as medidas de adesão e os desfechos clínico-funcionais. Para os estudos que empregaram abordagens individualizadas, extraímos a estrutura ou o modelo que orientou a elaboração do plano, o grau de envolvimento do paciente na tomada de decisões e as medidas de desfecho utilizadas.

Risco de viés foi avaliado em cinco domínios: processo de randomização, desvios das intervenções planejadas, dados de desfecho ausentes, mensuração do desfecho e seleção dos resultados relatados. Para os delineamentos quase-experimentais, foi aplicada a ferramenta ROBINS-I (Malogiannis *et al.*, 2025). As classificações foram atribuídas como baixo (B), algumas preocupações (algumas), alto (A) ou não aplicável. Muitos estudos incluídos demonstraram preocupações no domínio do processo de randomização, refletindo a predominância de delineamentos observacionais e quase-experimentais que avaliam o cuidado individualizado na prática de rotina (Malogiannis *et al.*, 2025).

A certeza da evidência foi avaliada utilizando a estrutura GRADE para cada domínio de desfecho primário. As classificações consideraram as limitações do desenho do estudo, inconsistência, indiretividade, imprecisão e viés de publicação. Os cinco domínios de desfecho avaliados foram: melhora clínico-funcional, adesão ao tratamento, redução dos sintomas, comprometimento funcional e qualidade de vida, e validade de construto dos planos individualizados.

RESULTADOS

Características do estudo incluídas

Os sete estudos incluídos abrangeram populações, delineamentos e contextos diversos. As principais populações incluíram indivíduos com transtorno de personalidade borderline (TPB), transtornos do espectro da esquizofrenia, doença mental grave, pacientes psiquiátricos internados, participantes em processo de desprescrição de opioides e clientes acompanhados por serviços comunitários ou intervenções mediadas por tecnologia.

Tabela 1. Características dos sete estudos incluídos na síntese qualitativa.

Autor/ano	Delineamento e amostra	Intervenção/abordagem	Principais achados
Lorenz-Artz <i>et al.</i> (2026)	Estudo qualitativo com 16 clientes e 2 familiares com doença mental grave.	Diálogo Aberto com Apoio de Pares.	Evidenciou tomada de decisão compartilhada, participação ativa do cliente, integração da rede social, autonomia e construção dialógica do cuidado.
Malogiannis <i>et al.</i> (2025)	Ensaio quase-experimental/estudo de serviços para TPB, com amostra estimada de 212 participantes.	Serviços psicodinâmicos de cuidados progressivos para transtorno de personalidade borderline.	Propôs cuidado escalonado, especializado e comunitário, com expectativa de melhora funcional, qualidade de vida e redução de hospitalizações.
Imamoto <i>et al.</i> (2025)	Estudo de intervenção com 90 pacientes psiquiátricos internados no Japão.	Programa individualizado baseado no OTIPM.	Demonstrou melhora no desempenho ocupacional, satisfação, habilidades motoras e processuais, interação social e alta hospitalar de 69% após três meses.
Meyer-Kalos <i>et al.</i> (2018)	Estudo piloto com 6 participantes com esquizofrenia precoce.	Terapia Individual de Conscientização sobre Enfrentamento (I-CAT).	Apresentou redução de sintomas psiquiátricos gerais e melhora em qualidade de vida e resiliência, embora com amostra pequena.
Yarborough <i>et al.</i> (2024)	Estudo qualitativo com 176 pacientes e 16 familiares.	Estratégias individualizadas de desprescrição de opioides.	Destacou flexibilidade, ritmo terapêutico adaptado, monitoramento contínuo e participação do paciente nas decisões de cuidado.
Zhang <i>et al.</i> (2025)	Revisão sistemática com 22 estudos sobre intervenções breves de DBT.	Terapia Comportamental Dialética breve.	Identificou melhora em sintomas de TPB e sintomas psiquiátricos gerais, com taxas de abandono variáveis e heterogeneidade elevada.
Carpenter-Song <i>et al.</i> (2022)	Estudo piloto com 8 clientes e gestores de caso.	Intervenção com especialistas em tecnologia para apoio ao cuidado.	Indicou potencial para aumento do engajamento em pacientes de maior risco, embora o interesse tenha diminuído ao longo do acompanhamento.

Fonte: Autores, 2026

Os delineamentos incluíram estudos qualitativos, estudos piloto, ensaio quase-experimental, estudo de intervenção e uma revisão sistemática. Os tamanhos amostrais variaram de 6 a 212 participantes nos estudos primários, além de uma revisão sistemática que sintetizou 22 estudos. A diversidade metodológica e clínica justificou a realização de síntese qualitativa, sem metanálise.

Tabela 2. Síntese dos principais resultados por domínio avaliado.

Domínio avaliado	Síntese dos achados	Direção dos achados	Certeza da evidência
Construção do plano terapêutico	Os estudos destacaram tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa, flexibilidade, tolerância à incerteza e integração da rede social.	Favorável, porém dependente do contexto de implementação.	Muito baixa
Adesão e engajamento	A autonomia do paciente, o apoio social, o uso de tecnologia e a adaptação às necessidades individuais parecem favorecer o engajamento.	Provavelmente favorável.	Baixa
Redução de sintomas	Foram observadas melhoras em sintomas psiquiátricos gerais, sintomas de TPB, depressão e ansiedade em alguns estudos, mas os achados foram heterogêneos.	Mista/incerta.	Muito baixa
Funcionamento e qualidade de vida	Houve melhora em desempenho ocupacional, satisfação, habilidades funcionais, interação social, qualidade de vida e resiliência em estudos específicos.	Possivelmente favorável.	Baixa
Fidelidade e validade de construto	A evidência sobre implementação dos planos conforme os princípios propostos foi insuficiente.	Incerta.	Muito baixa

Fonte: Autores, 2026

Critérios de construção e projeto para planos individualizados

Estudos identificaram consistentemente princípios fundamentais para a construção de planos terapêuticos individualizados. Os critérios mais frequentemente relatados incluíram:

Clientes e clínicos participam de conversas colaborativas de definição de metas guiadas pelos valores, necessidades e preferências do cliente (Carpenter-Song *et al.*, 2022). Em modelos orientados para a recuperação, os participantes descreveram estar ativamente envolvidos na escolha de metas de tratamento, ponderação de opções e reflexão conjunta sobre as consequências (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). O princípio "nada sobre mim sem mim" orientou o atendimento, no qual nenhuma discussão de caso separada ocorreu sem a presença do cliente (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

Planos integrados de avaliação multidimensional além do diagnóstico categórico, usando estadiamento clínico estruturado, perfil neurocognitivo e avaliação funcional (Arango *et al.*, 2026). A Entrevista de Formulação Cultural (CFI) operacionalizou o cuidado centrado na pessoa, permitindo que "a perspectiva do paciente se torne tão importante para o tratamento e cuidado quanto as avaliações do clínico" (Svamo *et al.*, 2026).

Serviços adaptados às necessidades em evolução do cliente em relação à localização, horário e intensidade (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Abordagens individualizadas bem-sucedidas

permitiram ajustes no ritmo com base na saúde geral, funcionamento, sintomas de abstinência e circunstâncias de vida (Yarborough *et al.*, 2024).

Os planos evitaram conclusões prematuras, permitindo espaço para exploração aberta e construção compartilhada de significado (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). Em vez de objetivos de tratamento predefinidos, as preocupações e direções emergiram no diálogo (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

Os planos individualizados envolveram a família, os amigos e outras pessoas significativas no tratamento (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). No entanto, o envolvimento da rede nem sempre foi simples, com alguns clientes a descreverem tensão emocional nos membros da família ou tabus culturais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

A evidência de validade de construto — se os planos individualizados são implementados conforme o planejado — foi classificada como de certeza muito baixa, indicando evidências insuficientes sobre a fidelidade aos princípios de construção [GRAU: muito baixo].

Adesão e envolvimento no tratamento

Nos estudos que relataram resultados de adesão, as abordagens de tratamento individualizadas sugeriram melhora ou manutenção do engajamento terapêutico [GRADE: baixa certeza]. As evidências apontaram os seguintes mecanismos:

O envolvimento de pessoas de apoio que promovem o uso da tecnologia aumentou a eficácia e o engajamento sustentado (Carpenter-Song *et al.*, 2022). As intervenções realizadas por meio da tecnologia mostraram-se promissoras na melhoria do engajamento de pacientes de alto risco (Carpenter-Song *et al.*, 2022).

Os participantes valorizaram a autonomia na definição das decisões de cuidados, o que contribuiu para a sensação de agência em vez da identidade da doença (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). A ênfase na autonomia criou benefícios terapêuticos, mas também pode criar tensão nas redes pessoais (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

O sucesso no tratamento foi influenciado pela vontade ou resistência dos pacientes à mudança, pelo nível de envolvimento do paciente alcançado através da comunicação e por

fatores externos, incluindo problemas de saúde ou responsabilidades de cuidado (Kuntz *et al.*, 2021).

Pacientes no estágio de pré-contemplação apresentaram probabilidade significativamente maior de abandonar os grupos de DBT, enquanto as pontuações da subescala "ação" aumentaram ao final do tratamento (Zhang *et al.*, 2025). Intervenções breves de DBT mostraram taxas de abandono variando de 12% a 56% entre os estudos

Foram observados desafios de retenção. Em um estudo piloto, o interesse dos clientes diminuiu ao longo de uma intervenção de 3 meses, sugerindo a necessidade de reavaliação regular de metas e ferramentas. Os clínicos desejavam uma comunicação mais consistente sobre o progresso dos clientes (Carpenter-Song *et al.*, 2022).

Resultados da redução dos sintomas

Para a redução dos sintomas de depressão, ansiedade, TEPT e sintomas psicóticos, a certeza das evidências foi muito baixa, impedindo conclusões definitivas sobre se a adaptação individualizada reduz os sintomas mais do que as abordagens padronizadas [GRADE: muito baixo].

No estudo piloto I-CAT, os sintomas psiquiátricos gerais apresentaram um tamanho de efeito moderado ($d = -0,66$) da linha de base ao pós-tratamento (Meyer-Kalos *et al.*, 2018). Intervenções breves de DBT demonstraram melhora significativa nos sintomas psiquiátricos gerais em múltiplos estudos (Zhang *et al.*, 2025).

Modelos de cuidados progressivos para TPB mostraram melhoria significativa na impulsividade, instabilidade afetiva, sintomas globais, desregulação emocional e funcionamento com 28,6% de abandono em clínicas de curto prazo (Zhang *et al.*, 2025). Intervenções breves de DBT pareceram viáveis e eficazes na redução dos sintomas de TPB e na melhoria dos sintomas psiquiátricos gerais (Zhang *et al.*, 2025).

Os resultados foram mistos. Um estudo descobriu que as pontuações de ansiedade e depressão não mudaram significativamente após o tratamento (Zhang *et al.*, 2025). No entanto, outros estudos relataram ganhos positivos significativos em todas as medidas de sintomas (Zhang *et al.*, 2025).

A heterogeneidade nas medidas de desfecho, nas características da intervenção e nas populações impediu a realização de metanálise. Na revisão de Zhang *et al.* (2025), mais da metade dos estudos analisados eram de viabilidade ou piloto, com número limitado de ensaios clínicos randomizados ou não randomizados.

Melhoria funcional e qualidade de vida

As evidências de melhoria funcional e de qualidade de vida apresentaram baixa certeza, sugerindo que planos individualizados podem melhorar os resultados, mas com considerável incerteza [GRADE: baixo].

Programas individualizados baseados no OTIPM demonstraram melhorias significativas no desempenho do COPM ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,79), na satisfação com o COPM ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,97), nas habilidades motoras do AMPS ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,61), nas habilidades de processo do AMPS ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,59) e nos escores do ESI ($p < 0,001$, d de Cohen = 0,72). As melhorias ocorreram independentemente da frequência das sessões ou da duração da hospitalização. Três meses após o programa, 69% dos participantes receberam alta hospitalar (Imamoto *et al.*, 2025).

A intervenção I-CAT mostrou melhorias na qualidade de vida ($d = 0,26$) e na resiliência ($d = 0,88$) após o tratamento, com ganhos mantidos, mas atenuados no acompanhamento (Meyer-Kalos *et al.*, 2018).

O programa OTIPM individualizado mostrou melhorias significativas no ESI além dos valores de corte estabelecidos, apoiando a relevância clínica (Imamoto *et al.*, 2025). A abordagem centrada no cliente e baseada na ocupação do programa permitiu um envolvimento significativo em comparação com as terapias convencionais baseadas em grupo.

Três estudos que examinaram o funcionamento no trabalho, social ou global relataram resultados gerais fortemente positivos com melhoria significativa mantida no acompanhamento (Zhang *et al.*, 2025).

Os serviços de cuidados progressivos hipotetizaram que os pacientes que recebem cuidados especializados apresentariam maior melhoria funcional e melhor qualidade de vida em comparação com o tratamento usual (Malogiannis *et al.*, 2025). Os benefícios esperados incluíam apoio baseado na comunidade, melhorando os resultados dos pacientes,

desestigmatização, uso racional de medicamentos e redução de hospitalizações (Malogiannis *et al.*, 2025).

Elementos Essenciais do Cuidado de Apoio à Recuperação

Evidências qualitativas identificaram mecanismos essenciais pelos quais o cuidado individualizado apoiou a recuperação:

Os clientes valorizaram o reconhecimento como indivíduos capazes. Os profissionais enfatizaram os pontos fortes e ofereceram reforço positivo, aumentando a motivação e a autoestima (Lorenz-Artz *et al.*, 2026). A autodeterminação englobou a promoção da autoconfiança, a oferta de espaço para escolhas, o alinhamento com as narrativas pessoais e o equilíbrio entre a tolerância e a orientação (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

Envolvimento genuíno, relações igualitárias, experiências normalizadoras e momentos de reflexão transparentes promoveram confiança e aliança terapêutica. Os participantes descreveram consistentemente os profissionais como emocionalmente engajados, não julgadores e profundamente comprometidos.

Trabalhar ao lado de profissionais caracterizados por respeito mútuo e reciprocidade emocional apoiou a autonomia, mantendo o envolvimento profissional. Flexibilidade, disponibilidade e integração holística de redes sociais e profissionais foram elementos-chave (Lorenz-Artz *et al.*, 2026).

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática examinou os critérios de construção, a adesão e os resultados clínico-funcionais de planos terapêuticos individualizados em saúde mental. As evidências apoiam consistentemente os princípios fundamentais da construção: tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa além do diagnóstico, flexibilidade, tolerância à incerteza e integração da rede social. Esses princípios estão alinhados com as diretrizes internacionais que enfatizam que o cuidado centrado na pessoa é um direito humano em ambientes de saúde mental (Svamo *et al.*, 2026).

Para resultados de adesão, evidências de baixa certeza sugerem que abordagens individualizadas provavelmente melhoram ou mantêm o engajamento no tratamento. Os principais facilitadores incluíram autonomia na tomada de decisões, responsabilidade de apoio (Carpenter-Song *et al.*, 2022) e alinhamento motivacional (Kuntz *et al.*, 2021). Essas descobertas apoiam abordagens integrativas de serviço completo, fornecendo modelos de cuidado escalonado personalizados, garantindo cuidados sob medida (Malogiannis *et al.*, 2025).

Os resultados clínico-funcionais mostraram evidências de certeza muito baixa a baixa. Embora os tamanhos de efeito para o desempenho ocupacional e a interação social tenham atingido magnitudes moderadas a grandes (Imamoto *et al.*, 2025), a ausência de grupos de controle em muitos estudos torna impossível atribuir definitivamente as melhorias exclusivamente ao programa individualizado (Imamoto *et al.*, 2025). O tratamento para condições como o TPB representa uma intervenção de saúde complexa, onde é difícil separar os efeitos do conteúdo, da intensidade e da duração (Malogiannis *et al.*, 2025).

Os resultados estão em consonância com revisões anteriores que documentam o apelo teórico, mas a base empírica limitada das abordagens individualizadas. Revisões sistemáticas de tratamentos comunitários para pessoas com necessidades emocionais complexas identificaram a escassez de avaliações rigorosas (Malogiannis *et al.*, 2025). Revisões de intervenções breves de DBT também notaram a necessidade de ensaios de não inferioridade em larga escala (Zhang *et al.*, 2025).

As lacunas de evidências identificadas aqui refletem desafios mais amplos na psiquiatria de precisão, onde, apesar do progresso substancial, a implementação eficaz, segura e equitativa enfrenta desafios consideráveis (Arango *et al.*, 2026).

Apesar da baixa certeza das evidências, várias implicações práticas emergem:

Os clínicos devem integrar a avaliação multidimensional e usar ferramentas como a Entrevista de Formulação Cultural para operacionalizar o cuidado centrado na pessoa (Svamo *et al.*, 2026). A personalização do tratamento deve adequar as intervenções aos perfis biológicos, psicológicos e contextuais individuais, adaptando o tratamento farmacológico, a psicoterapia e as intervenções no estilo de vida (Arango *et al.*, 2026).

Os modelos de cuidados progressivos parecem adequados para condições onde a prevalência é alta, mas os prognósticos variam amplamente (Zhang *et al.*, 2025). Os pacientes com sintomas mais graves que não obtêm benefício suficiente de intervenção breve podem ser encaminhados para programas mais intensivos (Zhang *et al.*, 2025).

As abordagens individualizadas exigem flexibilidade no ritmo e no tempo, com capacidade de pausar ou ajustar com base na resposta do paciente (Yarborough *et al.*, 2024). O desmame centrado no paciente inclui entrar em contato para monitorar o progresso, envolver os pacientes na tomada de decisões e apoiar mudanças na saúde mental (Yarborough *et al.*, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática constata que os planos terapêuticos individualizados em saúde mental se fundamentam em princípios construtivos convincentes — tomada de decisão compartilhada, avaliação centrada na pessoa, flexibilidade e integração da rede social — que se alinham à filosofia de cuidado orientada para a recuperação. Evidências de baixa certeza sugerem que essas abordagens provavelmente melhoram a adesão ao tratamento; no entanto, as evidências referentes à redução dos sintomas e aos desfechos funcionais permanecem de muito baixa a baixa certeza, o que impede conclusões definitivas sobre a superioridade em relação ao cuidado padronizado. A base de evidências é substancialmente limitada por amostras pequenas, delineamentos predominantemente observacionais e heterogeneidade dos desfechos. Ensaios clínicos randomizados rigorosos com desfechos padronizados são urgentemente necessários para estabelecer se a promessa teórica dos planos terapêuticos individualizados se traduz em benefícios clínico-funcionais mensuráveis para pessoas que vivem com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ARANGO, Celso *et al.* Precision medicine in mental health: applications, challenges, and recommendations. **European Psychiatry**, v. 69, n. 1, p. e53, 27 abr. 2026.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-7

CARPENTER-SONG, Elizabeth *et al.* Individualized Intervention to Support Mental Health Recovery Through Implementation of Digital Tools into Clinical Care: Feasibility Study. **Community Mental Health Journal**, v. 58, n. 1, p. 99–110, 21 jan. 2022.

IMAMOTO, Yusuke *et al.* A Pre-Post Study of Individualized Programs Using the Occupational Therapy Intervention Process Model in a Psychiatric Hospital in Japan. **Cureus**, 28 jun. 2025.

KUNTZ, Jennifer L. *et al.* Factors associated with opioid-tapering success: A mixed methods study. **Journal of the American Pharmacists Association**, v. 61, n. 3, p. 248- 257.e1, maio 2021.

LORENZ-ARTZ, Karin; BIERBOOMS, Joyce; BONGERS, Inge. Transforming specialized mental health practice: Insights from clients' perspectives on how to support recovery. **PLOS Mental Health**, v. 3, n. 3, p. e0000575, 20 mar. 2026.

MALOGIANNIS, Ioannis *et al.* Borderline personality disorder Athens study: a quasi-experimental pragmatic trial for the assessment of a public, psychodynamic, stepped care service for borderline personality disorder patients. **Frontiers in Psychiatry**, v. 16, 1 jul. 2025.

MEYER-KALOS, Piper S. *et al.* Enhancing stress reactivity and wellbeing in early schizophrenia: A pilot study of individual coping awareness therapy (I-CAT). **Schizophrenia Research**, v. 201, p. 413–414, nov. 2018.

SVAMO, Nina Therese Øversveen; DEMARINIS, Valerie; HAUG, Sigrid Helene Kjørven. Efficacy pilot study of the DSM-5 Cultural Formulation Interview in a specialized mental healthcare inpatient unit for adolescents in Norway. **Frontiers in Psychiatry**, v. 16, 2 jan. 2026.

YARBOROUGH, Bobbi Jo H. *et al.* Patient Perspectives on Mental Health and Pain Management Support Needed Versus Received During Opioid Deprescribing. **The Journal of Pain**, v. 25, n. 7, p. 104485, jul. 2024.

ZHANG, Yujie *et al.* Feasibility and Efficacy of Brief DBT Intervention for Adults With Borderline Personality Disorder/Traits: A Systematic Review. **Personality and Mental Health**, v. 19, n. 4, 4 nov. 2025.

TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO E EFEITOS NA QUALIDADE DO CUIDADO

Resumo: O trabalho interprofissional tem sido apontado como estratégia relevante para qualificar a atenção em saúde mental, especialmente diante da necessidade de continuidade do cuidado, integração entre níveis assistenciais e construção de respostas centradas nas necessidades dos usuários. Este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as estratégias de integração do trabalho interprofissional em saúde mental e seus efeitos na qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir de registros recuperados na BVS e em bases vinculadas, incluindo MEDLINE, LILACS e InstitutionalDB. A busca foi organizada com descritores relacionados a saúde mental, trabalho interprofissional, equipe de assistência ao paciente, integralidade, continuidade e qualidade da assistência. Foram identificados 403 registros, dos quais 20 estudos compuseram a síntese principal. Os achados indicaram que o cuidado interprofissional qualifica a assistência quando envolve comunicação efetiva, responsabilização compartilhada, clareza de papéis, matriciamento, coordenação entre serviços, participação do usuário e uso de tecnologias de acompanhamento. Entretanto, persistem barreiras relacionadas à fragmentação da rede, indefinição de responsabilidades, formação insuficiente e fragilidade da cultura colaborativa. Conclui-se que o trabalho interprofissional fortalece a qualidade do cuidado em saúde mental quando articulado a modelos organizacionais integrados, contínuos e centrados na integralidade.

Jozadake Petry Fausto

Doutoranda no Curso de Geografia da Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" (UNESP/SP), no Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe – TerritoriAL

Everaldo dos Santos Mendes

Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)

Marcos Aurélio Trindade

Psicólogo, Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Maurino Bertoldo Silva

Graduado em Psicologia, UNIPAC



Palavras-Chave: Atenção Integral à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Relações Interprofissionais; Saúde Mental.

INTERPROFESSIONAL WORK IN MENTAL HEALTH: INTEGRATION STRATEGIES AND EFFECTS ON QUALITY OF CARE

Abstract: Interprofessional work has been identified as an important strategy for improving mental health care, particularly when continuity of care, integration across care levels, and user-centered responses are required. This study aimed to analyze scientific evidence on integration strategies for interprofessional work in mental health and their effects on the quality of care provided to service users. This is an integrative literature review based on records retrieved from the Virtual Health Library and linked databases, including MEDLINE, LILACS, and InstitutionalDB. The search strategy combined terms related to mental health, interprofessional work, patient care team, comprehensiveness, continuity, and quality of health care. A total of 403 records were identified; 20 studies were included in the main synthesis. The findings showed that interprofessional care improves quality when it involves effective communication, shared accountability, role clarity, matrix support, coordination between services, user participation, and follow-up technologies. However, persistent barriers include network fragmentation, unclear responsibilities, insufficient training, and weak collaborative organizational cultures. It is concluded that interprofessional work strengthens the quality of mental health care when linked to integrated, continuous, and comprehensive organizational models centered on users' needs.

Keywords: Comprehensive Health Care; Interprofessional Relations; Mental Health; Patient Care Team; Quality of Health Care.

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde mental demanda formas de organização do cuidado capazes de responder a necessidades clínicas, psicossociais e territoriais que dificilmente são resolvidas por uma única profissão ou por serviços isolados. Nos registros analisados, a integralidade aparece como eixo estruturante de modelos que buscam articular atenção primária, serviços especializados, dispositivos comunitários, cuidado ambulatorial, crise e acompanhamento longitudinal. Estudos realizados em contextos de atenção primária e serviços psicossociais mostram que a qualidade do cuidado depende da capacidade de construir vínculo, escuta, acesso, continuidade, corresponsabilização e circulação efetiva dos usuários na rede (Schweickardt et al., 2024; Carvalho et al., 2017; Barral et al., 2025).

O trabalho interprofissional diferencia-se da simples coexistência de diferentes categorias profissionais, pois exige comunicação, planejamento conjunto, definição compartilhada de responsabilidades e integração das decisões terapêuticas. Essa distinção é relevante porque parte dos estudos incluídos demonstra que equipes formalmente multiprofissionais podem manter práticas fragmentadas, tutelares ou pouco centradas na autonomia dos usuários quando não há clareza conceitual sobre integralidade e colaboração (Jafelice et al., 2024; Klein e d'Oliveira, 2017). Assim, a composição multiprofissional é condição necessária, mas insuficiente, para a produção de cuidado integral em saúde mental.

As evidências também indicam que a integração do cuidado pode ocorrer em diferentes escalas: no interior das equipes, entre atenção primária e atenção especializada, na transição entre serviços e por meio de recursos tecnológicos. Modelos de cuidado colaborativo, telecuidado em equipe, tratamento domiciliar de crise e programas de coordenação interprofissional têm sido avaliados quanto a acesso, satisfação, uso de serviços, hospitalizações, continuidade e qualidade percebida (Yang et al., 2025; Germack et al., 2022; Bauer et al., 2016; Gaglioti et al., 2017).

Apesar desse potencial, a literatura analisada evidencia barreiras recorrentes. Entre elas, destacam-se indefinição de papéis, comunicação insuficiente, baixa integração entre pontos da rede, formação limitada para saúde mental, desvalorização de determinados profissionais e fragilidade de liderança. Em serviços de internação, por exemplo, a pouca compreensão sobre

o papel de profissionais aliados esteve associada à exclusão desses trabalhadores dos processos decisórios e a riscos para a qualidade e segurança do cuidado (Wilson et al., 2025).

No contexto brasileiro e latino-americano, a integração entre Atenção Primária à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial constitui desafio central. Estudos sobre apoio matricial, responsabilidade da atenção básica e articulação da rede mostram que a resolutividade não depende apenas de encaminhamento, mas da construção de projetos terapêuticos compartilhados, acompanhamento longitudinal e suporte entre equipes (Rotoli et al., 2019; Salgado, 2022; Klein e d'Oliveira, 2017).

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre as estratégias de integração do trabalho interprofissional em saúde mental e seus efeitos na qualidade do cuidado, considerando comunicação em equipe, integração de redes, continuidade assistencial, resolutividade, participação dos usuários e efeitos sobre indicadores clínicos, organizacionais e psicossociais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar evidências científicas disponíveis sobre trabalho interprofissional em saúde mental, estratégias de integração e qualidade do cuidado. A revisão foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: Quais são as evidências científicas sobre as estratégias de integração do trabalho interprofissional em saúde mental e seus efeitos na qualidade do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde?

A busca foi organizada em 10 de junho de 2026, a partir da Biblioteca Virtual em Saúde e de bases vinculadas aos registros recuperados. As bases identificadas no conjunto inicial foram MEDLINE, LILACS, BDEFN, INDEXPSI, IBECS, InstitutionalDB, PAHOIRIS e ARCA, além de registros agregados pela própria BVS. A amostra principal final concentrou estudos indexados em MEDLINE, LILACS e InstitutionalDB, por serem aqueles que responderam diretamente à questão de pesquisa.

A estratégia de busca utilizou descritores controlados e termos livres em português, inglês e espanhol relacionados a saúde mental, serviços de saúde mental, colaboração interprofissional, relações interprofissionais, equipe de assistência ao paciente, integralidade,

continuidade e qualidade da assistência. A string empregada foi: ("Saúde Mental" OR "Mental Health" OR "Serviços de Saúde Mental" OR "Mental Health Services") AND ("Trabalho Interprofissional" OR "Colaboração Interprofissional" OR "Interprofessional Collaboration" OR "Relações Interprofissionais" OR "Interprofessional Relations" OR "Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Patient Care Team" OR "Trabalho em Equipe") AND ("Qualidade da Assistência à Saúde" OR "Quality of Health Care" OR "Integralidade em Saúde" OR "Continuidade da Assistência ao Paciente" OR "Patient Care Continuity" OR "Cuidado Integral").

Foram considerados elegíveis artigos científicos publicados em português, inglês ou espanhol, com relação direta com saúde mental, trabalho interprofissional, integração de equipes ou serviços e qualidade, continuidade, integralidade ou resolutividade do cuidado. A seleção priorizou publicações entre 2016 e 2025 para compor a síntese principal, mantendo estudos complementares de apoio quando contribuíam para fundamentar conceitos, estratégias de integração ou modelos colaborativos. Foram excluídos registros duplicados, estudos sem relação direta com saúde mental, publicações centradas exclusivamente em outras condições clínicas, materiais sem dados suficientes para análise e registros que não respondiam à questão de pesquisa.

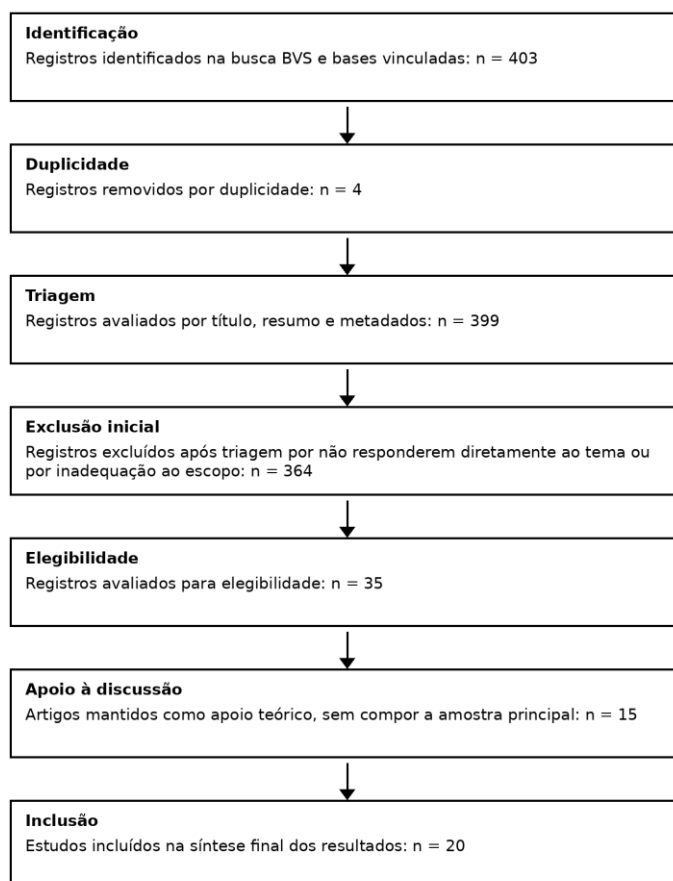
A seleção ocorreu em etapas sucessivas: identificação dos registros nas bases, remoção de duplicidades, leitura de títulos e resumos, avaliação da elegibilidade e inclusão final dos estudos que atenderam aos critérios definidos. Foram identificados 403 registros, removidos 4 duplicados, triados 399 registros, excluídos 364 por inadequação ao escopo e avaliados 35 registros para elegibilidade. Desses, 20 estudos compuseram a síntese principal dos resultados e 15 foram mantidos como apoio à discussão.

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos e organizados em quadro sinóptico contendo autor e ano, base de dados, país ou contexto, tipo de estudo, objetivo, amostra ou população, principais resultados, limitações e contribuição para a revisão. A avaliação crítica considerou clareza dos objetivos, adequação metodológica, coerência entre método e resultados, pertinência para a questão de pesquisa, limitações indicadas ou inferíveis pelo registro e contribuição científica para o tema. Como a amostra reuniu delineamentos qualitativos, revisões, estudos observacionais e avaliações de programas, a análise crítica foi

guiada por critérios compatíveis com instrumentos como JBI Critical Appraisal Tools, CASP e MMAT, sem aplicação de escore único, devido à heterogeneidade dos desenhos.

A síntese dos achados foi realizada de forma descritiva e crítica, com agrupamento em quatro eixos temáticos: integração em rede e continuidade do cuidado; comunicação, papéis profissionais e cultura colaborativa; modelos colaborativos, cuidado em equipe e resultados assistenciais; e participação de usuários, qualidade percebida e melhoria contínua.

Fluxograma de seleção dos estudos - modelo PRISMA adaptado



Fonte: elaborado pelos autores a partir dos registros selecionados na revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos 20 estudos incluídos na síntese principal, contemplando registros provenientes de MEDLINE, LILACS e InstitutionalDB. Em conjunto, os estudos abrangem serviços de atenção primária, CAPS/CAPSad, equipes ambulatoriais, serviços de crise, programas de telessaúde e modelos de cuidado integrados.

Tabela 1 - Caracterização dos estudos incluídos na síntese principal da revisão.

Autor/Ano	Base de dados	País/Contexto	Tipo de estudo	Objetivo	Amostra/População	Principais resultados	Limitações	Contribuição para a revisão
Barral et al., 2025	InstitutionalDB	Argentina / hospital geral	Descritivo, exploratório e prospectivo	Avaliar dispositivo de demanda espontânea em saúde mental.	Usuários a partir de 15 anos; análise quantitativa e entrevistas.	Melhorou acessibilidade, cobertura e percepção de qualidade, mas manteve déficit de integralidade e circulação na rede.	Resumo não detalha amostra numérica completa.	Mostra que porta de entrada qualificada precisa articular saúde mental com demais pontos do sistema.
Yang et al., 2025	MEDLINE	Serviços domiciliares de crise	Revisão sistemática e síntese temática	Explorar experiências de pacientes em equipes de tratamento domiciliar de crise.	10 estudos qualitativos com adultos com diagnóstico em saúde mental.	Usuários valorizaram acesso rápido, relação terapêutica e decisão compartilhada; criticaram descontinuidade e cuidado genérico.	Dependência de estudos qualitativos e heterogeneidade regional.	Evidencia que qualidade do cuidado envolve vínculo, personalização e transição assistencial.
Wilson et al., 2025	MEDLINE	Inglaterra / internação em saúde mental, deficiência intelectual e autismo	Revisão rápida	Analisar aprendizagem de incidentes de qualidade e segurança envolvendo profissionais aliados.	115 publicações/relatórios com aprendizagem identificável para AHPs.	Papéis profissionais pouco reconhecidos, comunicação frágil, trabalho em silos e baixa segurança psicológica contribuíram para incidentes.	Ênfase em contexto inglês e em incidentes registrados.	Mostra que integração efetiva exige clareza de papéis, liderança e cultura organizacional segura.
Stein et al., 2025	MEDLINE	Estados Unidos / VA	Avaliação de programa	Avaliar dez anos de clínica telepresencial em equipe para transtorno bipolar.	2.456 veteranos no ingresso; 815 com avaliações pré e pós-programa.	Houve melhora em métricas de qualidade, sintomas de humor e qualidade de vida relacionada à saúde mental.	Generalização depende do contexto VA e de subgrupos avaliados.	Indica que telessaúde em equipe pode ampliar acesso e monitoramento especializado.
Schweickardt et al., 2024	LILACS	Brasil / Estratégia Saúde da Família	Qualitativo descritivo	Identificar percepções da APS sobre responsabilidade no cuidado integral.	7 profissionais de uma equipe de Saúde da Família.	Escuta, vínculo, fluxos e enfrentamento do estigma influenciaram a responsabilização; enfermagem apareceu como referência de cuidado.	Amostra local e pequena.	Apoia a centralidade da APS na corresponsabilização pelo cuidado em liberdade.
Jafelice et al., 2024	LILACS	Brasil / CAPS de São Paulo	Qualitativo	Verificar percepção de profissionais do CAPS sobre trabalho multiprofissional e integralidade.	27 profissionais de nível superior.	Profissionais valorizam integração disciplinar, mas apresentam compreensão limitada da integralidade e práticas ainda tutelares.	Estudo restrito a CAPS de um município.	Evidencia que multiprofissionalidade sem base conceitual pode não produzir cuidado integral.
Germack et al., 2022	MEDLINE	Estados Unidos / VA PACT	Coorte retrospectiva	Examinar associação entre cuidado em equipe, continuidade e hospitalizações.	1.444.942 veteranos com condições mentais e físicas em 831 clínicas.	Clínicas com maior implementação de cuidado em equipe apresentaram menores taxas de hospitalização; continuidade isolada não teve associação significativa.	Desenho observacional não estabelece causalidade.	Relaciona implementação de equipes a desfechos de utilização de serviços.
Salgado, 2022	LILACS	Brasil / APS e RAPS	Estudo quali-quantitativo / estudo de caso	Qualificar cuidado em saúde mental por integração entre APS e equipes multiprofissionais.	Prontuários, dados secundários e estudo de caso de núcleo de saúde mental.	Evidenciou necessidade de integrar níveis de atenção, valorizar APS e construir indicadores de qualidade em saúde mental.	Registro tem caráter amplo e detalhamento heterogêneo.	Contribui com estratégia de indicadores, matriciamento e integração APS-RAPS.
Miller et al., 2019	MEDLINE	Estados Unidos / VA	Qualitativo	Avaliar aderência de equipes ambulatoriais ao modelo Collaborative Care.	Profissionais de 10 equipes ambulatoriais de saúde mental.	A implementação futura depende do grau de alinhamento prévio das equipes com elementos do modelo colaborativo.	Resumo não informa composição detalhada da amostra.	Ajuda a identificar prontidão organizacional para cuidado colaborativo.

Roy et al., 2019	MEDLINE	Canadá / continuum regional de serviços	Revisão sistemática e multisource	Identificar elementos para otimizar continuum de saúde mental.	91 artigos científicos, 40 documentos e 10 entrevistas.	Indicadores centrais incluíram acesso, integração de níveis, satisfação, composição profissional e colaboração interprofissional.	Inclui múltiplas fontes e avaliação contextual.	Organiza dimensões estruturais da qualidade em redes de saúde mental.
Rotoli et al., 2019	LILACS	Brasil / APS	Qualitativo	Identificar desafios para resolutividade das ações em saúde mental na APS.	30 profissionais: enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais.	Desafios envolveram falta de conhecimento específico, organização dos serviços, gestão e continuidade do tratamento.	Contexto regional específico.	Reforça necessidade de práticas compartilhadas entre equipe, usuário e família.
Trivedi et al., 2018	MEDLINE	Estados Unidos / VA PACT	Coorte retrospectiva	Comparar hospitalizações evitáveis antes e depois do PACT.	9.206.017 veteranos em 942 clínicas.	Após PACT houve maior diagnóstico de transtornos mentais e benefício em idosos quanto à redução de hospitalizações sensíveis à atenção ambulatorial.	Resultados variaram por idade e diagnóstico.	Mostra efeitos sistêmicos de modelo de cuidado primário em equipe.
Van Vugt et al., 2018	MEDLINE	Países Baixos / F-ACT	Auditoria de fidelidade de modelo	Descrever implementação de equipes F-ACT.	Dados de auditorias 2009-2014.	Estrutura multidisciplinar, mediação, apoio prático e continuidade estavam organizados; recuperação e participação tiveram resultados insatisfatórios.	Dados de auditoria e contexto nacional específico.	Indica que fidelidade estrutural não garante resultados de autonomia e recuperação.
Hackett et al., 2018	MEDLINE	Serviços de saúde mental infantojuvenil	Qualitativo com co-design	Criar ferramenta orientada por usuários para melhorar qualidade.	19 jovens, 12 cuidadores e 14 profissionais.	Oito pontos de contato definiram qualidade percebida; usuários cocriaram questionário de feedback apoiado por profissionais e cuidadores.	Amostra qualitativa e dependente de participação ativa.	Introduz participação de usuários e cuidadores como estratégia de melhoria.
Bauer et al., 2018	MEDLINE	Estados Unidos / VA	Avaliação de implementação por métodos mistos	Analisar implementação e sustentabilidade de telecuidado em equipe para transtorno bipolar.	915 consultas em 35 locais; entrevistas com 16 profissionais.	Houve crescimento e sustentabilidade; facilitadores incluíram infraestrutura nacional e prontuário; barreiras envolveram espaço, equipamentos e agendamento.	Avaliação de programa específico.	Mostra condições operacionais necessárias para manter cuidado colaborativo remoto.
Gaglioti et al., 2017	MEDLINE	Centro acadêmico / adultos com necessidades mentais e físicas	Avaliação de programa	Avaliar coordenação integrada por equipe interprofissional.	Adultos com condições comportamentais e físicas crônicas.	Após inclusão, reduziram-se idas à emergência e hospitalizações; aumentou uso de atenção primária e psiquiatria ambulatorial.	Sem ensaio randomizado e com necessidade de replicação.	Relaciona coordenação interprofissional a melhor uso da rede.
Klein e d'Oliveira, 2017	LILACS	Brasil / NASF	Qualitativo	Analisar concepção e prática do apoio matricial por psicólogos.	Psicólogos do NASF em São Paulo.	Matriciamento foi associado à troca de saberes e capacitação, mas houve tensões, heterogeneidade e indefinição de responsabilidade assistencial.	Restrito a um município e categoria profissional.	Mostra limites práticos da implantação colaborativa na APS.
Carvalho et al., 2017	LILACS	Brasil / CAPSad	Qualitativo	Discutir descoordenação da RAPS na perspectiva de profissionais.	9 profissionais de um CAPSad.	Rede desarticulada comprometeu resolutividade e integralidade, concentrando o cuidado no CAPSad.	Amostra pequena e local.	Evidencia que a qualidade depende de articulação entre pontos da RAPS.
Roberge et al., 2016	MEDLINE	Canadá / APS	Qualitativo descritivo	Explorar necessidades, barreiras e facilitadores do cuidado em transtornos comuns e doenças crônicas.	18 clínicos e 10 pacientes em três clínicas.	Barreiras envolveram colaboração interprofissional, acesso à psicoterapia, comunicação e coordenação; facilitadores incluíram ampliação da função de enfermeiros e integração de psiquiatras consultores.	Amostra qualitativa em três clínicas.	Conecta qualidade do cuidado à coordenação clínica e comunicação interprofissional.
Bauer et al., 2016	MEDLINE	Estados Unidos / VA	Avaliação de programa	Avaliar telecuidado colaborativo por videoconferência para transtorno bipolar.	400 participantes iniciais.	Participação semelhante ao cuidado presencial colaborativo; houve melhora clínica e em indicadores de qualidade, sem prejuízo à segurança.	Necessidade de avaliação de implementação ampla.	Demonstra potencial de expandir modelos colaborativos por videoconferência.

Fonte: elaborado pelos autores a partir dos estudos incluídos.

Os 20 estudos incluídos foram publicados entre 2016 e 2025, com maior concentração nos anos de 2018 e 2025. Quanto à origem, 13 estudos estavam indexados na MEDLINE, seis na LILACS e um em InstitutionalDB. Os delineamentos foram heterogêneos, incluindo estudos qualitativos, revisões sistemáticas ou rápidas, avaliações de programas, coortes retrospectivas, auditorias de fidelidade e estudos de caso. Essa diversidade metodológica permitiu observar o fenômeno em diferentes níveis: experiências de usuários, práticas de profissionais, organização de equipes, uso de tecnologias, transições assistenciais e efeitos sobre hospitalizações ou uso de serviços.

O primeiro eixo analítico refere-se à integração em rede e continuidade do cuidado. Estudos brasileiros sobre CAPS, CAPSad, NASF e APS apontam que a integralidade depende de articulação real entre serviços, e não apenas de encaminhamentos formais. Carvalho et al. (2017) mostraram que a descoordenação da Rede de Atenção Psicossocial concentra o cuidado no CAPSad e reduz a resolutividade. De forma convergente, Salgado (2022) destacou a necessidade de integrar APS, atenção secundária e equipes especializadas, associando esse processo à construção de indicadores de qualidade. Barral et al. (2025) também identificaram que um dispositivo de demanda espontânea pode melhorar acesso e cobertura, mas ainda apresentar déficit de integralidade quando a circulação do usuário no sistema não é garantida.

A continuidade aparece como dimensão crítica da qualidade. Na revisão de Yang et al. (2025), usuários de equipes domiciliares de crise valorizaram acesso rápido, relação terapêutica e participação na decisão, mas apontaram problemas quando a transição para outros serviços era inconsistente. Esse achado dialoga com estudos de apoio que compreendem a integração como fenômeno organizacional e relacional, dependente de arranjos formais, comunicação entre setores e responsabilização compartilhada (Bramesfeld et al., 2012; Campagna e Lee-Riley, 2025).

O segundo eixo envolve comunicação, clareza de papéis e cultura colaborativa. Wilson et al. (2025) demonstraram que a baixa compreensão do papel de profissionais aliados em serviços de internação pode levar à marginalização desses profissionais, falhas de comunicação, decisões pouco compartilhadas e fragilização da segurança. Klein e d'Oliveira (2017), ao analisarem o apoio matricial no NASF, observaram tensão entre a idealização da colaboração e a prática cotidiana, marcada por indefinição de responsabilidades e divisão desigual de tarefas.

Jafelice et al. (2024) reforçaram que a presença de uma equipe multiprofissional não elimina práticas tutelares quando a integralidade não é apropriada conceitualmente pelos profissionais.

Esses resultados indicam que a integração interprofissional exige mais do que reunir profissionais em um mesmo serviço. É necessário criar dispositivos de trabalho compartilhado, espaços de discussão clínica, pactuação de fluxos, educação permanente e liderança capaz de sustentar confiança entre categorias. Estudos de apoio sobre formação colaborativa e modelos integrados de saúde comportamental apontam que competências interprofissionais precisam ser ensinadas e praticadas, especialmente quando o cuidado envolve atenção primária, pediatria, saúde mental especializada e vulnerabilidades sociais (Giles e Martini, 2017; Amin et al., 2021; Sullivan e Lozowski-Sullivan, 2021).

O terceiro eixo refere-se a modelos colaborativos, cuidado em equipe e resultados assistenciais. Germack et al. (2022), em coorte com mais de 1,4 milhão de veteranos, verificaram que clínicas com maior implementação de cuidado em equipe tiveram menores taxas de hospitalização entre pessoas com condições mentais e físicas. Trivedi et al. (2018), ao analisar a implementação do PACT em ampla rede de atenção primária, também identificou benefícios em hospitalizações evitáveis entre veteranos idosos com transtornos mentais. Gaglioti et al. (2017) demonstraram redução de uso de emergência e hospitalizações após implantação de coordenação integrada por equipe interprofissional, com aumento do uso de atenção primária e psiquiatria ambulatorial.

Os programas de telessaúde em equipe para transtorno bipolar ampliam esse debate. Bauer et al. (2016) observaram que a videoconferência pode estender modelos colaborativos sem comprometer segurança e com melhora em indicadores clínicos e de qualidade. Bauer et al. (2018) mostrou que a sustentabilidade de tais programas depende de infraestrutura nacional, prontuário eletrônico, facilidade de uso, disponibilidade de equipe, equipamentos e organização de agenda. Stein et al. (2025), em avaliação de dez anos, confirmou melhora em métricas de qualidade, sintomas de humor e qualidade de vida relacionada à saúde mental. Em conjunto, esses estudos sugerem que tecnologias digitais geram efeitos positivos quando integradas a modelos de cuidado em equipe, e não quando usadas como ferramenta isolada.

O quarto eixo aborda participação de usuários, qualidade percebida e melhoria contínua. Hackett et al. (2018) mostrou que jovens, cuidadores e profissionais podem cocriar

instrumentos de feedback para qualificar serviços de saúde mental, identificando pontos de contato do percurso assistencial, como acesso, internação, transferência, ambiente de tratamento e participação de cuidadores. Yang et al. (2025) reforçou que a experiência do usuário revela dimensões de qualidade nem sempre captadas por indicadores administrativos, como pontualidade, vínculo, personalização e transição segura.

A incorporação da perspectiva dos usuários é especialmente importante em saúde mental, pois cuidado de qualidade envolve autonomia, reconhecimento de direitos e produção de contratualidade. Jafelice et al. (2024) mostrou que práticas tutelares podem coexistir com discursos favoráveis à integralidade, enquanto Schweickardt et al. (2024) evidenciou que escuta, vínculo e enfrentamento do estigma contribuem para que a atenção básica assuma responsabilidade pelo cuidado. Esse conjunto de achados sustenta que a qualidade não deve ser reduzida a produtividade ou encaminhamento, devendo incluir autonomia, continuidade, participação e corresponsabilização.

A discussão crítica permite reconhecer convergências e divergências. Há convergência quanto ao potencial do trabalho interprofissional para melhorar acesso, coordenação, satisfação, uso adequado de serviços e indicadores clínicos ou organizacionais. Entretanto, os estudos divergem quanto à intensidade dos efeitos, pois modelos mais estruturados, com infraestrutura, liderança e indicadores, tendem a apresentar resultados mais mensuráveis, enquanto contextos marcados por fragilidade de rede e indefinição de papéis relatam barreiras importantes. Essa diferença pode estar associada aos desenhos metodológicos, ao nível de maturidade institucional, à existência de apoio matricial ou cuidado colaborativo formal e à capacidade dos serviços de monitorar resultados.

Entre as implicações práticas, destacam-se a necessidade de fortalecer matriciamento, reuniões interprofissionais, protocolos flexíveis de transição, indicadores de qualidade em saúde mental, integração da APS com serviços especializados, participação de usuários e educação permanente. Estudos de apoio sobre integração de serviços e colaboração interprofissional indicam que intervenções organizacionais, qualidade do ambiente de trabalho e melhoria colaborativa podem influenciar a qualidade dos serviços, mas dependem de cultura favorável e de condições concretas de implementação (Martinussen et al., 2012; Versteeg et al., 2012; Jorge et al., 2012).

Como lacunas, observa-se que parte das evidências ainda está concentrada em contextos de sistemas específicos, como Veterans Affairs, Canadá, Inglaterra e serviços brasileiros localizados. Também há heterogeneidade de indicadores e menor padronização de medidas de qualidade em saúde mental. Estudos futuros devem avaliar modelos interprofissionais em diferentes realidades territoriais, incluir desfechos centrados nos usuários, investigar custos e sustentabilidade e desenvolver instrumentos capazes de medir integralidade, continuidade e autonomia de forma integrada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as evidências analisadas indicam que o trabalho interprofissional em saúde mental contribui para a qualidade do cuidado quando se organiza como prática integrada, compartilhada e sustentada por comunicação efetiva, clareza de papéis, coordenação entre serviços e responsabilização longitudinal. Os estudos demonstram que modelos baseados em equipes, cuidado colaborativo, apoio matricial, telessaúde integrada e participação de usuários podem melhorar acesso, continuidade, experiência do cuidado, indicadores clínicos e uso adequado dos serviços.

Entretanto, a simples presença de equipes multiprofissionais não garante integralidade. Persistem barreiras relacionadas à fragmentação da rede, baixa articulação entre níveis de atenção, indefinição de responsabilidades, formação insuficiente, práticas tutelares e fragilidades na cultura organizacional. Esses fatores comprometem a resolutividade e limitam os efeitos esperados sobre a qualidade da assistência.

O estudo contribui ao sintetizar estratégias relevantes para a promoção de cuidado interprofissional em saúde mental, com ênfase na integração entre APS, serviços especializados, dispositivos comunitários, tecnologias de acompanhamento e processos de melhoria contínua. Como limitação, destaca-se a heterogeneidade dos delineamentos e o nível variável de detalhamento disponível nos registros analisados.

REFERÊNCIAS

ALONSO GÓMEZ, Raquel *et al.* El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. **Aten. prim. (Barc., Ed. impr.)**, v. 51, n. 5, p. 310–313, 2019.

AMIN, Sonia; GIBSON, Kristine M.; BINES, Derrick. Integrated Behavioral Health Collaborative Practice Embedded Within the Pediatric Residency Continuity Clinic: Incorporating a Multicultural Lens. **Pediatr Clin North Am**, v. 68, n. 3, p. 659–668, 2021.

BARRAL, Mariángeles *et al.* Evaluación de un dispositivo de atención a la demanda espontánea en salud mental en un hospital general de la provincia de Buenos Aires (2023). **Salud publica: revista del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires**, v. 4 (2025), n. 4, 2025.

BAUER, Mark S. *et al.* Team-Based Telecare for Bipolar Disorder. **Telemed J E Health**, v. 22, n. 10, p. 855–864, 2016.

BAUER, Mark S. *et al.* Implementing and Sustaining Team-Based Telecare for Bipolar Disorder: Lessons Learned from a Model-Guided, Mixed Methods Analysis. **Telemed J E Health**, v. 24, n. 1, p. 45–53, 2018.

BRAMESFELD, A. *et al.* What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. **Epidemiol Psychiatr Sci**, v. 21, n. 1, p. 63–72, 2012.

CAMPAGNA, Vivian; LEE-RILEY, Lorna. Interprofessional Collaboration as a Best Practice Across the Care Continuum. **Prof Case Manag**, v. 30, n. 3, p. 100–106, 2025.

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar *et al.* Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, p. e03295–e03295, 2017.

DEVILLE-STOETZEL, Nadia *et al.* Profiling patterns of patient experiences of access and continuity at team-based primary healthcare clinics (Canada): a latent class analysis. **Int J Equity Health**, v. 23, n. 1, p. 213, 2024.

FERNANDES, Liliana *et al.* Saúde Mental em Medicina Geral Familiar - obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**, v. 22, n. 3, p. 797–805, 2017.



FERREIRA, Shirley Kellen; SILVA, Pedro Henrique Brito da; OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços nos Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana de Goiânia. **Physis (Rio J.)**, v. 35, n. 2, p. e350207–e350207, 2025.

GAGLIOTI, Anne H. *et al.* Integrated care coordination by an interprofessional team reduces emergency department visits and hospitalisations at an academic health centre. **J Interprof Care**, v. 31, n. 5, p. 557–565, 2017.

GERMACK, Hayley D. *et al.* Association of Team-Based Care and Continuity of Care with Hospitalizations for Veterans with Comorbid Mental and Physical Health Conditions. **J Gen Intern Med**, v. 37, n. 1, p. 40–48, 2022.

GILES, Lisa L.; MARTINI, D. Richard. Essential Elements of a Collaborative Mental Health Training Program for Primary Care. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, v. 26, n. 4, p. 839–850, 2017.

HACKETT, Christina L.; MULVALE, Gillian; MIATELLO, Ashleigh. Co-designing for quality: Creating a user-driven tool to improve quality in youth mental health services. **Health Expect**, v. 21, n. 6, p. 1013–1023, 2018.

JAFELICE, Giovana Teles; ZILLOTTO, Gisela; MARCOLAN, João Fernando. Trabalho multiprofissional e integralidade do cuidado na percepção dos profissionais do CAPS. **Psicol. Estud. (Online)**, v. 29, p. e54902–e54902, 2024.

JORGE, Maria Salete Bessa *et al.* Matrix tool in the production of integrated care in the family health strategy. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. spe2, p. 26–32, 2012.

KLEIN, Ana Paula; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 33, n. 1, p. e00158815–e00158815, 2017.

LYNCH, Sean *et al.* Pediatric integrated behavioral health service delivery models: Using a federal framework to assess levels of integration. **Soc Work Health Care**, v. 58, n. 1, p. 32–59, 2019.

MARTINUSSEN, Monica *et al.* Improving interprofessional collaboration in a community setting: relationships with burnout, engagement and service quality. **J Interprof Care**, v. 26, n. 3, p. 219–225, 2012.

MILLER, Christopher J. *et al.* Assessing Collaborative Care in Mental Health Teams: Qualitative Analysis to Guide Future Implementation. **Adm Policy Ment Health**, v. 46, n. 2, p. 154–166, 2019.

ROBERGE, Pasquale *et al.* A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. **BMC Fam Pract**, v. 17, n. 1, p. 134, 2016.

ROTOLI, Adriana *et al.* Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 23, n. 2, p. e20180303–e20180303, 2019.

ROY, Mathieu *et al.* Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): A systematic and multisource literature review. **Int J Health Plann Manage**, v. 34, n. 1, p. e111–e130, 2019.

SALGADO, Manoela Alves. **Qualificando o cuidado em saúde mental: caminhos possíveis através da integração da Atenção Primária com as equipes multiprofissionais de saúde mental e elaboração de indicadores qualidade.** , 2022. Disponível em: <<https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/22612/2/Tese%20-%20Manoela%20Alves%20Salgado%20-%202022-%20Completa.pdf>>

SANTOS, Ângela Domingues dos *et al.* Consultório na rua: plano de ação para o trabalho da equipe apoiado no Arco de Maguerez. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 29, p. e240555–e240555, 2025.

SCHWEICKARDT, Juliana Cristina *et al.* Percepções dos profissionais da atenção básica em saúde sobre a responsabilidade no cuidado integral às pessoas com transtornos mentais. **Rev. APS (Online)**, v. 27, p. e272443961–e272443961, 2024.

STEIN, Nathan R. *et al.* Ten Years of Bipolar Telehealth: Program Evaluation of a Team-Based Telemental Health Clinic. **Telemed J E Health**, v. 31, n. 3, p. 269–278, 2025.

SULLIVAN, Alexander W.; LOZOWSKI-SULLIVAN, Sheryl. The Continuum of Intervention Models in Integrated Behavioral Health. **Pediatr Clin North Am**, v. 68, n. 3, p. 551–561, 2021.

TRIVEDI, Ranak *et al.* Comparing Preventable Hospitalizations Among Veterans With and Without Mental Illnesses Before and After Implementation of PACT. **Psychiatr Serv**, v. 69, n. 12, p. 1252–1258, 2018.

VAN VUGT, M. D. *et al.* [Model fidelity of flexible assertive community treatment (F-ACT) teams: five years of audit results]. **Tijdschr Psychiatr**, v. 60, n. 7, p. 441–448, 2018.

VERSTEEG, Marleen H. *et al.* Factors associated with the impact of quality improvement collaboratives in mental healthcare: an exploratory study. **Implement Sci**, v. 7, p. 1, 2012.



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL

doi 10.71248/9786583818270-8

WILSON, Ceri *et al.* Developing the allied health professionals workforce within mental health, learning disability and autism inpatient services: rapid review of learning from quality and safety incidents. **BMJ Qual Saf**, v. 34, n. 6, p. 389–403, 2025.

WOODSON, Tanisha Tate *et al.* Designing health information technology tools for behavioral health clinicians integrated within a primary care team. **J Innov Health Inform**, v. 25, n. 3, p. 158–168, 2018.

YANG, Jialin; GLOVER, Naomi; WOOD, Lisa. Patient experiences of crisis home treatment teams: a systematic review and thematic synthesis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 60, n. 9, p. 2035–2047, 2025.

Crimsm
II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental



II CONGRESSO REGIONAL DE INTERVENÇÕES **MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL**

doi 10.71248/9786583818270-8

Crimsm 
II Congresso Regional de Intervenções
Multiprofissionais em Saúde Mental