



CISAÚ

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

Saúde em Transformação

Inovação, Interdisciplinaridade
e Evidências Científicas



E-book do I Congresso Integrado em
Saúde e Ciências Multidisciplinares (CISAÚ)



Editora Cognitus



Cognitus
Interdisciplinary Journal



Teresina - PI
2027



CISAÚ

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

Saúde em Transformação

Inovação, Interdisciplinaridade e Evidências Científicas

Este e-book reúne reflexões científicas e contribuições multidisciplinares apresentadas no I Congresso Integrado em Saúde e Ciências Multidisciplinares (CISAÚ).

Os capítulos destacam experiências, pesquisas e práticas que promovem a inovação, o conhecimento baseado em evidências, o aprendizado interdisciplinar e a transformação na saúde.



Editora Cognitus



Cognitus
Interdisciplinary Journal



Teresina - PI
2027



CISAú

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

Saúde em Transformação : inovação, interdisciplinaridade e evidências científicas / organização Editora Cognitus. – Teresina, PI : Editora Cognitus, 2027.

E-book do I Congresso Integrado em Saúde e Ciências Multidisciplinares (CISAú).

PDF

Vários autores.
Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-83818-42-3

1. Saúde. 2. Inovação em saúde. 3. Interdisciplinaridade.
4. Evidências científicas. 5. Educação em saúde.

CDD 610



Editora Cognitus



Revista Cognitus
Interdisciplinary Journal



Teresina – PI
2027



CISAÚ

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

Saúde em Transformação

Inovação, Interdisciplinaridade
e Evidências Científicas



E-book do I Congresso Integrado em
Saúde e Ciências Multidisciplinares (CISAÚ)



Editora Cognitus



Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



Teresina – PI
2027



CISAÚ

ICONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES



APRESENTAÇÃO

Este e-book, *Saúde em Transformação: Inovação, Interdisciplinaridade e Evidências Científicas*, reúne reflexões, experiências e produções científicas apresentadas no I Congresso Integrado em Saúde e Ciências Multidisciplinares (CISAÚ).

A obra é resultado do empenho coletivo de pesquisadores, estudantes, profissionais e colaboradores que compartilham o compromisso com uma saúde mais humana, ética e baseada no conhecimento científico.

Ao integrar diferentes áreas do saber, o CISAÚ fortalece o diálogo interdisciplinar, estimula a inovação, valoriza as práticas baseadas em evidências e promove a disseminação do conhecimento.

Este e-book representa mais que um registro acadêmico; é um convite à reflexão, ao aprendizado contínuo e à construção de soluções criativas para os desafios contemporâneos da saúde.

Que cada página inspire novas ideias, colaborações e ações que contribuam para o desenvolvimento profissional e acadêmico e, sobretudo, para a transformação da saúde em benefício da sociedade.

Boa leitura!

**Comissão Organizadora
CISAÚ 2027**





CISAÚ

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

CORPO DE AVALIADORES



Elaynne Jeyssa Alves Lima



Sarah Camila Fortes Santos



Artur Pires de Camargos Júnior



Andre Massahiro Shimaoka



Editora Cognitus



Cognitus
Interdisciplinary Journal



Teresina - PI
2027



CISAÚ

I-CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

INFORMAÇÕES EDITORIAIS



Editora

Editora Cognitus



Revista Vinculada

Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)



ISBN

978-65-83818-42-3



DOI

10.71248/9786583818423



Direitos Autorais

Copyright © 2027 Editora Cognitus.
Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



Assinatura Digital

Esta publicação possui assinatura digital
certificada pela Editora Cognitus.



Editora Cognitus

Cognitus
Interdisciplinary Journal

Teresina - PI
2027



CISAÚ

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

SUMÁRIO

Capítulo 01

Práticas de Cuidado Comunitário na Atenção Primária: Desafios para a Integração dos Serviços de Saúde **01**

Capítulo 02

Desinformação em Saúde e Engajamento Social: Repercussões na Adesão às Políticas Públicas e nas Estratégias de Promoção da Saúde..... **17**

Capítulo 03

Avaliação de Tecnologias em Saúde na Gestão Pública: Contribuições para a Eficiência, Qualidade e Tomada de Decisão no SUS..... **33**

Capítulo 04

Nutricionista na Estratégia Saúde da Família: Muito Além da Dieta..... **48**



Editora Cognitus

Cognitus
Interdisciplinary Journal

Teresina -
PI 2027



CISAÚ

I CONGRESSO INTEGRADO
EM SAÚDE E CIÊNCIAS
MULTIDISCIPLINARES

ABERTURA DOS CAPÍTULOS

“

O conhecimento
compartilhado fortalece a ciência,
inspira o cuidado e
transforma a saúde.

”



Editora Cognitus



Cognitus
Interdisciplinary Journal



Teresina - PI
2027

PRÁTICAS DE CUIDADO COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS PARA A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Leandro Rodrigues de Sena ¹; Tainá Mosca ²; Stella Louise Almqvist ³; Elisângela Claudia de Medeiros Moreira ⁴; Luély Vacari Ortiz ⁵; Jardyson Silva Amarante ⁶; Juliana Lopes de Freitas ⁷; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁸; Fernanda Guimarães Costa ⁹; Marttem Costa de Santana ¹⁰

¹Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP, Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: leandrorsena@hotmail.com

² Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: taina.mosca@fcmsantacasasp.edu.br

³ Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: stellalouisealmqvist@gmail.com

⁴ UFPA, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: claudiam.moreira45@gmail.com

⁵ Universidade Federal de Ciências de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lvaortiz@hcpa.edu.br

⁶ UNINTA, Tianguá, Ceará, Brasil. E-mail: jardysonodontologia@gmail.com

⁷ Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jlfreitas@hcpa.edu.br

⁸ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fbharkovtzeff@hcpa.edu.br

⁹ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: Fgcosta@hcpa.edu.br

¹⁰ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

As práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde têm relevância para a gestão estratégica em saúde por aproximarem os serviços das necessidades concretas da população, fortalecendo o vínculo com o território, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a continuidade assistencial no Sistema Único de Saúde. O objetivo deste capítulo foi analisar as práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde e seus desafios para a integração dos serviços de saúde no SUS. A metodologia adotada foi uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com busca realizada em julho de 2026 nas bases Biblioteca Virtual em Saúde, Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/PubMed e Google Acadêmico, considerando publicações entre 2023 e 2026. Foram selecionados 12 estudos após leitura de títulos, resumos e textos completos, conforme critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os resultados indicaram que a Estratégia Saúde da

Capítulo 01

Família, os Agentes Comunitários de Saúde, as visitas domiciliares, as equipes multiprofissionais, a orientação comunitária, a competência cultural e a participação social contribuem para ampliar o acesso, qualificar o acompanhamento das famílias e fortalecer a coordenação do cuidado. Contudo, foram identificados desafios relacionados à fragmentação da rede, fragilidades na referência e contrarreferência, sobrecarga das equipes, desigualdades territoriais e baixa integração intersetorial. Conclui-se que o cuidado comunitário fortalece a Atenção Primária quando articulado ao planejamento territorial, à comunicação entre serviços, à atuação multiprofissional e à continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Cuidado comunitário; Estratégia Saúde da Família; Integração dos serviços de saúde; Coordenação do cuidado.

ABSTRACT

Community care practices in Primary Health Care are relevant to strategic health management because they bring services closer to the concrete needs of the population, strengthening territorial bonds, health promotion, disease prevention, and continuity of care in the Brazilian Unified Health System. This chapter aimed to analyze community care practices in Primary Health Care and their challenges for the integration of health services in the Brazilian Unified Health System. The methodology consisted of a narrative literature review with a qualitative, descriptive, and exploratory approach, conducted in July 2026 in the Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/PubMed, and Google Scholar, considering publications from 2023 to 2026. Twelve studies were selected after reading titles, abstracts, and full texts, according to previously defined inclusion and exclusion criteria. The results indicated that the Family Health Strategy, Community Health Workers, home visits, multiprofessional teams, community orientation, cultural competence, and social participation contribute to expanding access, improving family follow-up, and strengthening care coordination. However, challenges were identified regarding network fragmentation, weaknesses in referral and counter-referral processes, team overload, territorial inequalities, and limited intersectoral integration. It is concluded that community care strengthens Primary Health Care when linked to territorial planning, communication among services, multiprofessional work, and continuity of care, contributing to more integrated, equitable, and responsive health management.

Keywords: Primary Health Care; Community care; Family Health Strategy; Health services integration; Care coordination.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relevância para a organização do cuidado por aproximar os serviços das condições concretas de vida da população, especialmente quando suas ações são orientadas pelo território, pelo vínculo com as famílias e pela continuidade assistencial (Oliveira *et al.*, 2025).

No contexto brasileiro, a Estratégia Saúde da Família fortaleceu a dimensão comunitária da APS por organizar equipes responsáveis por territórios definidos, acompanhando famílias, identificando vulnerabilidades, desenvolvendo ações de promoção da saúde e articulando respostas às necessidades sociais e sanitárias presentes nas comunidades (Mendonça *et al.*, 2023).

As práticas de cuidado comunitário envolvem visitas domiciliares, educação em saúde, busca ativa, escuta qualificada, acompanhamento de grupos vulnerabilizados, participação social e ações intersetoriais, o que amplia a capacidade da APS de reconhecer demandas que nem sempre chegam espontaneamente à unidade de saúde (Morosini *et al.*, 2025).

A integração dos serviços de saúde torna-se necessária porque muitos usuários acompanhados na APS também necessitam de atenção especializada, reabilitação, urgência, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e apoio de políticas sociais, exigindo comunicação entre equipes, fluxos assistenciais definidos e coordenação efetiva do cuidado (Sousa; Shimizu, 2024).

Embora a APS tenha potencial para coordenar o cuidado e organizar o acesso à Rede de Atenção à Saúde, a fragmentação dos serviços ainda dificulta a continuidade assistencial, principalmente quando existem falhas na referência e contrarreferência, demora no acesso à atenção especializada e baixa comunicação entre os diferentes pontos da rede (Sousa; Shimizu, 2024).

A redução ou fragilização de práticas territoriais, como as visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, compromete a identificação precoce de situações de risco e limita o acompanhamento de pessoas idosas, acamadas, com

Capítulo 01

deficiência, com doenças crônicas ou em situação de vulnerabilidade social (Bellas *et al.*, 2025).

A atuação multiprofissional também enfrenta desafios, pois a ampliação da resolutividade da APS depende da integração entre diferentes categorias profissionais, do compartilhamento de casos, da educação permanente e da construção de projetos terapêuticos que articulem necessidades clínicas, familiares e comunitárias (Bispo Júnior; Almeida, 2023).

Diante desse cenário, o problema deste estudo consiste em compreender como as práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária podem contribuir para a integração dos serviços de saúde, considerando os obstáculos relacionados à fragmentação da rede, à comunicação entre níveis assistenciais, à continuidade do cuidado e à valorização do trabalho territorial.

A questão que norteia essa pesquisa é: De que maneira as práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde contribuem para a integração dos serviços de saúde e para a continuidade do cuidado no SUS?

A escolha do tema justifica-se pela importância da APS na organização do cuidado em saúde, especialmente porque a proximidade entre equipes e território permite reconhecer necessidades que ultrapassam a dimensão clínica individual e envolvem condições sociais, familiares, culturais e econômicas que interferem diretamente no processo saúde-doença (Santos *et al.*, 2025).

A discussão também se mostra relevante porque a integração dos serviços permanece como um dos principais desafios do SUS, uma vez que o cuidado comunitário perde parte de sua efetividade quando a unidade básica não consegue articular encaminhamentos, acompanhar retornos, compartilhar informações e manter comunicação com outros serviços da rede (Chaves; Andrade; Santos, 2024).

Além disso, populações em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas com deficiência, pessoas com dificuldade de locomoção, idosos dependentes e famílias em contextos de pobreza, demandam práticas de cuidado contínuas, territoriais e intersetoriais, o que torna indispensável a articulação entre APS, serviços especializados e políticas sociais (Macedo *et al.*, 2025).

Capítulo 01

Nesse sentido, estudar as práticas de cuidado comunitário na APS contribui para compreender caminhos de fortalecimento da gestão em saúde, da continuidade assistencial e da integralidade do cuidado, especialmente quando a participação comunitária, a competência cultural e a atuação multiprofissional são incorporadas ao planejamento dos serviços (Bernal-Ordoñez *et al.*, 2024).

Parte-se da hipótese de que as práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde contribuem para a integração dos serviços quando são sustentadas por vínculo territorial, atuação multiprofissional, valorização dos Agentes Comunitários de Saúde, comunicação entre níveis assistenciais, participação social e fluxos efetivos de referência e contrarreferência.

O objetivo desse estudo é, portanto, analisar as práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde e seus desafios para a integração dos serviços de saúde no SUS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com a finalidade de reunir, interpretar e discutir produções científicas recentes sobre práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde e seus desafios para a integração dos serviços de saúde.

A revisão narrativa foi escolhida por permitir uma análise ampla do tema, sem a rigidez metodológica própria das revisões sistemáticas, favorecendo a articulação entre diferentes estudos, documentos e perspectivas teóricas sobre cuidado territorial, Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, visitas domiciliares, equipes multiprofissionais, coordenação do cuidado e Rede de Atenção à Saúde.

O levantamento bibliográfico foi realizado em julho de 2026, com recorte temporal de publicações disponibilizadas entre 2023 e 2026, considerando a necessidade de trabalhar com estudos recentes sobre Atenção Primária à Saúde, cuidado comunitário e integração dos serviços.

A delimitação dos últimos três anos foi adotada para garantir maior atualidade à discussão, especialmente em razão das mudanças recentes na organização da Atenção

Capítulo 01

Primária, da retomada das equipes multiprofissionais, da ampliação dos debates sobre coordenação do cuidado e dos impactos da pandemia de Covid-19 sobre o acompanhamento territorial das famílias.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados e fontes científicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/PubMed* (MEDLINE/PubMed), Google Acadêmico e portal de periódicos científicos da área da saúde coletiva. A escolha dessas bases justificou-se pela concentração de estudos nacionais e latino-americanos sobre Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, cuidado comunitário, participação social, visitas domiciliares, integração da rede e coordenação assistencial.

As palavras-chave utilizadas foram: “Atenção Primária à Saúde”, “cuidado comunitário”, “Estratégia Saúde da Família”, “Agentes Comunitários de Saúde”, “visita domiciliar”, “coordenação do cuidado”, “integração dos serviços de saúde”, “Rede de Atenção à Saúde”, “equipes multiprofissionais”, “orientação comunitária”, “competência cultural”, “participação comunitária” e “território em saúde”. Também foram utilizadas combinações entre os termos em português, inglês e espanhol, com a finalidade de ampliar a recuperação de estudos nacionais e internacionais relacionados ao tema.

Os operadores booleanos utilizados foram AND e OR. O operador AND foi empregado para restringir os resultados e localizar estudos que relacionassem diretamente Atenção Primária, cuidado comunitário, coordenação do cuidado e integração dos serviços. O operador OR foi utilizado para ampliar a busca entre termos equivalentes ou próximos, como “Atenção Primária à Saúde” OR “*Primary Health Care*” e “cuidado comunitário” OR “*community care*”.

Foram utilizados os seguintes descritores booleanos: “Atenção Primária à Saúde” AND “cuidado comunitário”; “Estratégia Saúde da Família” AND “integração dos serviços de saúde”; “Agentes Comunitários de Saúde” AND “visita domiciliar”; “Atenção Primária à Saúde” AND “coordenação do cuidado”; “Rede de Atenção à Saúde” AND “Atenção Primária”; “equipes multiprofissionais” AND “Atenção Primária à Saúde”; “orientação comunitária” AND “competência cultural”; “participação comunitária” AND

Capítulo 01

“Primary Health Care”; “community care” AND “health services integration”; “Primary Health Care” AND “care coordination”.

O intercruzamento dos descritores foi organizado conforme os principais eixos temáticos da pesquisa. Para localizar estudos sobre cuidado territorial, foram combinados os termos “Atenção Primária à Saúde”, “cuidado comunitário”, “território em saúde” e “Estratégia Saúde da Família”. Para recuperar produções sobre trabalhadores e práticas comunitárias, foram cruzados os termos “Agentes Comunitários de Saúde”, “visita domiciliar”, “participação comunitária” e “orientação comunitária”. Para identificar estudos sobre integração dos serviços, foram utilizados os termos “coordenação do cuidado”, “Rede de Atenção à Saúde”, “referência e contrarreferência” e “integração dos serviços de saúde”. Para ampliar a discussão sobre integralidade, foram combinados os termos “equipes multiprofissionais”, “competência cultural”, “populações vulnerabilizadas” e “cuidado longitudinal”.

Os critérios de inclusão foram: publicações entre 2023 e 2026; artigos científicos disponíveis na íntegra; estudos em português, inglês ou espanhol; produções relacionadas diretamente à Atenção Primária à Saúde, cuidado comunitário, Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, visitas domiciliares, equipes multiprofissionais, participação comunitária, coordenação do cuidado ou integração dos serviços de saúde; pesquisas com dados quantitativos ou qualitativos úteis para a discussão; e textos com aderência ao objetivo de compreender os desafios da integração dos serviços a partir das práticas comunitárias na APS.

Os critérios de exclusão foram: estudos publicados antes de 2023; materiais sem acesso ao texto completo; publicações duplicadas entre as bases consultadas; textos sem relação direta com Atenção Primária à Saúde; estudos restritos ao cuidado hospitalar ou especializado sem articulação com a APS; materiais opinativos sem sustentação científica; publicações que tratavam de práticas comunitárias sem relação com serviços de saúde; e estudos que não apresentavam contribuição relevante para a análise da integração dos serviços, da coordenação do cuidado ou do acompanhamento territorial.

Na etapa inicial, foram encontrados 52 materiais potencialmente relacionados ao tema. Após a leitura dos títulos, 31 estudos permaneceram por apresentarem relação direta

Capítulo 01

com Atenção Primária à Saúde, cuidado comunitário, Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, visitas domiciliares, coordenação do cuidado ou integração da rede. Após a leitura dos resumos, 20 estudos foram mantidos por apresentarem aderência ao objetivo da revisão e contribuição para a análise proposta. Em seguida, foi realizada a leitura do texto completo na íntegra, conforme os critérios de inclusão e exclusão definidos, resultando na seleção final de 12 estudos para compor a revisão narrativa.

A seleção final foi composta por 12 estudos publicados entre 2023 e 2026, organizados em categorias temáticas para análise narrativa. As categorias definidas foram: expansão e reorganização da Atenção Primária à Saúde; práticas comunitárias e atuação dos Agentes Comunitários de Saúde; visita domiciliar e acompanhamento de famílias; coordenação do cuidado e integração com a Rede de Atenção à Saúde; equipes multiprofissionais e cuidado compartilhado; orientação comunitária, competência cultural e participação social; e desafios para a continuidade assistencial de populações em situação de vulnerabilidade.

A análise dos estudos selecionados foi realizada por meio de leitura interpretativa, comparação dos principais achados e organização dos resultados de acordo com sua contribuição para o tema. Foram observados dados relacionados à ampliação das equipes de Saúde da Família, atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, frequência de visitas domiciliares, práticas de cuidado a pessoas com deficiência ou dificuldade de locomoção, estratégias de telessaúde, participação comunitária, orientação cultural e capacidade de coordenação da Atenção Primária. Essa forma de análise permitiu relacionar os achados da literatura com os desafios da integração dos serviços de saúde no território.

Por se tratar de uma revisão narrativa baseada exclusivamente em artigos científicos e documentos disponíveis em bases públicas, sem coleta direta de dados com seres humanos, entrevistas, aplicação de questionários ou uso de informações identificáveis, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. A dispensa de apreciação ética justifica-se pela natureza bibliográfica da investigação e pelo uso de materiais de domínio público, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional

de Saúde, que dispensa de registro e avaliação pelo sistema CEP/Conep pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos 12 estudos selecionados permitiu identificar que as práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde (APS) fortalecem o vínculo entre equipes e território, ampliam a capacidade de acompanhamento das famílias e favorecem a continuidade do cuidado, mas ainda enfrentam barreiras relacionadas à integração entre serviços, comunicação entre níveis assistenciais, cobertura territorial, valorização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e articulação multiprofissional (Oliveira, 2025; Sousa; Shimizu, 2024).

Quadro 1 – Síntese quantitativa dos estudos analisados

Nº	Estudo	Dados quantitativos principais	Relação com o tema
1	Oliveira (2025)	As equipes de Saúde da Família passaram de 47.278, em 2021, para 53.356, em 2024, com crescimento de 12,85%.	Mostra expansão recente da APS e fortalecimento da base territorial do cuidado.
2	Mendonça <i>et al.</i> (2023)	Entre 2017 e 2021, as equipes de Saúde da Família passaram de 42.388 para 49.989; as equipes de atenção básica/primária cresceram 821,52%; as equipes de saúde bucal cresceram 31,14%; os ACS passaram de 270.867 para 283.104.	Aponta expansão quantitativa, mas também mudanças na configuração das equipes.
3	Sousa e Shimizu (2024)	O estudo comparou 15.378 equipes da Atenção Básica, 59.354 usuários no 1º ciclo do PMAQ-AB e 56.369 usuários no 3º ciclo.	Analisa coordenação do cuidado e integração da APS com a Rede de Atenção à Saúde.
4	Chaves, Andrade e Santos (2024)	O estudo analisou 103 macrorregiões de saúde por meio de características de cobertura, qualidade e resolubilidade.	Demonstra diferenças regionais na configuração das Redes de Atenção à Saúde.
5	Bispo Júnior e Almeida (2023)	A criação das eMulti em 2023 retomou a proposta de atuação multiprofissional complementar e integrada à APS.	Indica potencial das equipes multiprofissionais para ampliar integralidade e resolutividade.
6	Morosini <i>et al.</i> (2025)	O estudo analisou os 30 anos de trajetória dos ACS na Estratégia Saúde da Família.	Reforça o ACS como elo entre equipe, famílias e território.
7	Bellas <i>et al.</i> (2025)	A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 apontou redução das visitas domiciliares realizadas por ACS no Brasil.	Mostra fragilidade em uma prática essencial do cuidado comunitário.
8	Linhares <i>et al.</i> (2025)	No PMAQ-AB, 7,8% dos usuários relataram pessoa com dificuldade de locomoção e necessidade de cuidado domiciliar; cerca de 70% receberam visita domiciliar.	Relaciona cobertura da ESF com maior presença do cuidado no domicílio.

Capítulo 01

9	Santos <i>et al.</i> (2025)	Revisão com 24 artigos; 54,1% focaram orientação comunitária; 25,1% abordaram orientação comunitária e competência cultural; 20,8% trataram competência cultural.	Mostra que o cuidado comunitário depende de práticas sensíveis ao território e às vulnerabilidades.
10	Macedo <i>et al.</i> (2025)	O modelo tradicional de atenção básica apresentou maior chance de menor frequência de práticas voltadas à pessoa com deficiência em comparação à ESF, com OR ajustado de 4,10.	Indica que a ESF favorece práticas mais integradas para populações com necessidades específicas.
11	Bernardo <i>et al.</i> (2025)	Estudo com 31 equipes de Saúde da Família, 14 equipes de Saúde Bucal e 2 equipes multiprofissionais.	Mostra a teleconsulta como recurso complementar para comunicação e organização do cuidado.
12	Bernal-Ordoñez <i>et al.</i> (2024)	Revisão de escopo com 13 estudos da América Latina sobre participação comunitária e empoderamento na APS.	Relaciona participação social, visitas domiciliares e atividades comunitárias à melhoria da APS.

Fonte: Elaboração dos autores (2026).

Oliveira (2025) identificou expansão recente da Estratégia Saúde da Família, com aumento de 47.278 equipes em 2021 para 53.356 em 2024, representando crescimento de 12,85%, dado que mostra fortalecimento da base territorial necessária para o cuidado comunitário na APS.

Mendonça *et al.* (2023) também encontraram crescimento das equipes entre 2017 e 2021, pois as equipes de Saúde da Família passaram de 42.388 para 49.989, as equipes de saúde bucal aumentaram de 26.369 para 34.579 e os ACS passaram de 270.867 para 283.104, embora a expansão das equipes de atenção básica/primária tenha sido muito superior, com variação de 821,52%, indicando mudança importante na configuração da APS.

A comparação entre Oliveira (2025) e Mendonça *et al.* (2023) indica que a ampliação numérica das equipes favorece maior capilaridade territorial, mas também exige atenção à composição das equipes, pois o cuidado comunitário depende da presença regular de profissionais vinculados ao território, de ACS ativos nas microáreas e de equipes capazes de acompanhar famílias de modo longitudinal.

Sousa e Shimizu (2024) analisaram 15.378 equipes da Atenção Básica e compararam 59.354 usuários do 1º ciclo com 56.369 usuários do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), verificando avanços na capacidade de coordenação da APS entre 2012 e 2018.

Capítulo 01

Apesar dos avanços apontados por Sousa e Shimizu (2024), a integração dos serviços ainda aparece como desafio, pois a coordenação do cuidado exige referência, contrarreferência, comunicação entre pontos da rede, disponibilidade de informação clínica e responsabilização compartilhada entre APS, atenção especializada, urgência, vigilância e assistência social.

Chaves, Andrade e Santos (2024) reforçaram a existência de desigualdades na integração da rede, pois analisaram 103 macrorregiões de saúde a partir de componentes da atenção básica e hospitalar, demonstrando que cobertura, qualidade e resolubilidade variam entre territórios e interferem diretamente na capacidade da APS de ordenar o cuidado.

Bispo Júnior e Almeida (2023) destacaram que as equipes multiprofissionais na APS, denominadas eMulti, foram instituídas para atuar de maneira complementar e integrada às demais equipes, o que favorece a ampliação do cuidado comunitário quando há compartilhamento de casos, apoio matricial, planejamento conjunto e integração com a Estratégia Saúde da Família.

O Ministério da Saúde (2025) informou que as eMulti foram implementadas em 2023 com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, o que indica tentativa recente de recompor a dimensão multiprofissional da APS após mudanças que haviam fragilizado os Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

Morosini *et al.* (2025) analisaram a trajetória dos ACS nos 30 anos da Estratégia Saúde da Família e reforçaram que esses trabalhadores permanecem estratégicos para a leitura do território, identificação de vulnerabilidades, busca ativa, visita domiciliar, mediação cultural e aproximação entre unidade de saúde e comunidade.

Bellas *et al.* (2025), com base na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, apontaram redução das visitas domiciliares realizadas pelos ACS no Brasil, resultado preocupante porque a visita domiciliar sustenta o acompanhamento de famílias vulneráveis, idosos, pessoas com deficiência, pessoas acamadas e usuários com dificuldade de acesso presencial à unidade.

Linhares *et al.* (2025) observaram que 7,8% dos usuários da APS relataram a presença de alguém com dificuldade de locomoção e necessidade de atendimento

Capítulo 01

domiciliar, enquanto cerca de 70% desses casos receberam visita no domicílio, mostrando que o cuidado comunitário alcança parte importante das necessidades, mas ainda deixa lacunas assistenciais relevantes.

O mesmo estudo indicou maior prevalência de visita domiciliar em municípios com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família quando comparados àqueles com cobertura inferior a 50%, o que reforça a relação entre cobertura territorial, presença da equipe e maior capacidade de cuidado comunitário.

Santos *et al.* (2025) identificaram, em revisão integrativa com 24 artigos, que 54,1% dos estudos abordavam a orientação comunitária como foco central, 25,1% articulavam orientação comunitária e competência cultural e 20,8% tratavam exclusivamente da competência cultural, demonstrando que a integração dos serviços não depende apenas de fluxo formal, mas também de sensibilidade às diferenças sociais, culturais e territoriais.

A mesma revisão encontrou dez estratégias e sete barreiras para a implementação dos atributos de orientação comunitária e competência cultural, resultado que indica que a qualificação do cuidado comunitário requer formação permanente, escuta territorial, vínculo com populações vulnerabilizadas e reorganização dos processos de trabalho na APS.

Macedo *et al.* (2025) demonstraram que o modelo tradicional de atenção básica esteve associado à menor frequência de práticas voltadas à pessoa com deficiência em comparação ao modelo da Estratégia Saúde da Família, com odds ratio bruto de 4,33 e odds ratio ajustado de 4,10, apontando maior fragilidade do modelo tradicional para responder a demandas que exigem cuidado contínuo, territorial e articulado à rede.

Esse resultado dialoga diretamente com o tema porque as pessoas com deficiência geralmente demandam acompanhamento longitudinal, visita domiciliar, articulação com reabilitação, assistência social, escola, transporte sanitário e serviços especializados, tornando a integração da rede condição necessária para um cuidado efetivo.

Bernardo *et al.* (2025) analisaram atividades de telessaúde na APS com amostra composta por 31 equipes de Saúde da Família, 14 equipes de Saúde Bucal e 2 equipes

Capítulo 01

multiprofissionais, mostrando que recursos digitais podem ampliar comunicação, apoio clínico, acompanhamento remoto e integração entre profissionais.

Apesar do potencial da telessaúde, Bernardo *et al.* (2025) indicaram que as práticas de telessaúde na APS ocorreram principalmente por conexão de voz e que a equipe de enfermagem realizou o maior volume dessas atividades, o que sugere necessidade de protocolos, infraestrutura digital e distribuição mais equilibrada das responsabilidades entre os profissionais.

Bernal-Ordoñez *et al.* (2024) analisaram 13 estudos desenvolvidos no Brasil, Chile, Colômbia e México e identificaram práticas de participação comunitária e empoderamento em dois cenários principais, o institucional e o social, com destaque para capacitação de profissionais, grupos educativos, visitas domiciliares e atividades comunitárias.

A revisão de Bernal-Ordoñez *et al.* (2024) também mostrou que a participação comunitária tem potencial para melhorar saúde e bem-estar, mas depende de enfrentamento de barreiras como escassez de recursos, insuficiência de formação profissional e baixa mobilização da comunidade.

Desse modo, os resultados analisados mostram que as práticas de cuidado comunitário na APS avançam quando há expansão de equipes, presença de ACS, visitas domiciliares, orientação comunitária, competência cultural, apoio multiprofissional e uso complementar da telessaúde, mas a integração dos serviços ainda depende de fluxos formais, informação compartilhada, regulação eficiente, comunicação entre níveis assistenciais e gestão territorial das necessidades de saúde (Sousa; Shimizu, 2024; Linhares *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2025).

Portanto, a discussão dos 12 estudos indica que a APS possui condições importantes para coordenar o cuidado e aproximar os serviços das comunidades, porém a efetividade dessa função exige fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, valorização dos ACS, ampliação das equipes multiprofissionais, qualificação da referência e contrarreferência, integração com a Rede de Atenção à Saúde e construção de práticas mais sensíveis às desigualdades presentes nos territórios (Mendonça *et al.*, 2023; Chaves; Andrade; Santos, 2024; Bernal-Ordoñez *et al.*, 2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de cuidado comunitário na Atenção Primária à Saúde demonstram relevância para a organização dos serviços públicos por aproximarem as equipes das necessidades reais da população, fortalecendo o vínculo com o território, o acompanhamento das famílias, a prevenção de agravos, a promoção da saúde e a continuidade assistencial. A análise desenvolvida permitiu compreender que a Estratégia Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde, as visitas domiciliares, as equipes multiprofissionais e as ações educativas assumem função essencial na construção de um cuidado mais próximo, humanizado e sensível às condições sociais, culturais e econômicas das comunidades.

Os resultados discutidos indicaram que a expansão das equipes de Atenção Primária ampliou a presença dos serviços nos territórios, porém a integração entre os diferentes pontos da rede ainda permanece como desafio importante. A comunicação fragilizada entre Atenção Primária, atenção especializada, urgência, vigilância em saúde, assistência social e demais políticas públicas dificulta a continuidade do cuidado, especialmente nos casos que exigem acompanhamento prolongado, reabilitação, suporte domiciliar ou atenção a populações vulnerabilizadas. Desse modo, a existência de equipes no território precisa estar articulada a fluxos assistenciais bem definidos, sistemas de informação integrados e mecanismos efetivos de referência e contrarreferência.

Também foi possível observar que o cuidado comunitário depende da valorização dos trabalhadores que atuam diretamente junto às famílias, sobretudo os Agentes Comunitários de Saúde, cuja atuação permite identificar vulnerabilidades, acompanhar situações de risco e estabelecer mediação entre população e unidade de saúde. Contudo, a redução de visitas domiciliares, a sobrecarga das equipes, a fragilidade da educação permanente e a insuficiência de recursos dificultam a consolidação de práticas comunitárias mais resolutivas e integradas.

Conclui-se que as práticas de cuidado comunitário fortalecem a Atenção Primária e contribuem para a integração dos serviços de saúde quando são sustentadas por planejamento territorial, atuação multiprofissional, participação social, comunicação

Capítulo 01

entre níveis assistenciais e compromisso da gestão com a continuidade do cuidado. Assim, a integração dos serviços não depende somente da existência formal da rede, mas da capacidade de articular profissionais, usuários, famílias, equipamentos públicos e políticas sociais em torno das necessidades concretas dos territórios.

REFERÊNCIAS

BELLAS, Hugo Cesar; HARRIS, Matthew; SOUZA, Jaqueline Tavares Viana de; MINTON, Cornelia Junghans. A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e a importância do ACS na política de atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, e22322024, 2025. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1614539>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BERNAL-ORDOÑEZ, Lina Karina; NIÑO-GUTIÉRREZ, Etna Lucía; CASANOVA, Margareth Lilian; TREVIÑO DEL CAMPO, Freyre; RODRÍGUEZ, Adriana; JIMÉNEZ GARCÍA, Diego Alejandro. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 48, e135, 2024. DOI: 10.26633/RPSP.2024.135. Disponível em: <https://journal.paho.org/en/articles/community-participation-and-empowerment-primary-health-care-latin-america-exploratory>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BERNARDO, Debora; BONFIM, Daiana; ALMEIDA, Leticia Yamawaka de; VESGA-VARELA, Andrea Liliana; BONASSI, Natalia Martins; BELOTTI, Lorryne. Telessaúde na atenção primária à saúde: um estudo das atividades e do tempo despendido pelos profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 33, e4501, 2025. DOI: 10.1590/1518-8345.7255.4501. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/234768>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, e00120123, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT120123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc9wbm9xLKqTKRScJwBm5d/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

CHAVES, Lenir Aparecida; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; SANTOS, Alaneir de Fátima dos. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e18392022, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1557511>. Acesso em: 3 jul. 2026.

Capítulo 01

LINHARES, Rogério da Silva *et al.* Dificuldade de locomoção e necessidade de atendimento no domicílio: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, e35, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/hh8WM8r9nj7Vc7wzWmFJ6fx/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

MACEDO, Mariana Silva *et al.* Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e16312023, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025302.16312023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SzfF7PnvcsJWrqrRWVCXQbD/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202313701. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTxbZ93vfbZdKCYKBGfcGS/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso *et al.* Agentes Comunitárias na Estratégia Saúde da Família: 30 anos de resistência e avanços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e08222025, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QwLsYLfDCm5By6VtHGwMmzR/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de *et al.* Mais Saúde da Família: a reconstrução da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e16632025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253012.16632025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kxYXZdGJSpdRQXtssgzSjyb/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

SANTOS, Matheus Ribeiro dos; BATISTA, Emilaine Oliveira; ALVES, Waneska Alexandra; FARIA, Lina. Estratégias e barreiras na Atenção Primária à Saúde para a implementação dos atributos “orientação comunitária” e “competência cultural” com populações vulnerabilizadas: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e350334, 2025. DOI: 10.1590/S0103-73312025350334pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TtMnKQtCYYgksxgCst845CF/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

SOUSA, Allan Nuno Alves de; SHIMIZU, Helena Eri. Coordenação na Atenção Básica e integração na Rede de Atenção à Saúde: em que avançamos? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. especial 2, e8784, 2024. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8784>. Acesso em: 3 jul. 2026.

DESINFORMAÇÃO EM SAÚDE E ENGAJAMENTO SOCIAL: REPERCUSSÕES NA ADESÃO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E NAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Willy Deivson Leandro da Silva ¹; João Batista Fontineles Neto²; Clarkson Henrique Santos Lemos³; Elisângela Claudia de Medeiros Moreira ⁴; Bruna Cristina Pereira Franco ⁵; Ana Meire Soares Barbosa ⁶; Marilia Santos De Moraes ⁷; Alan Marques de Sousa ⁸; Carlos Lopatiuk ⁹; Marttem Costa de Santana ¹⁰

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: willy.deivson@iftto.edu.br

² Centro Universitário INTA - UNINTA, Acaraú, Ceará, Brasil. E-mail: universitariojoaobatistafontin@gmail.com

³ Instituto Federal do Piauí – IFPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: clarkhenryque@gmail.com

⁴ UFPA, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: claudiam.moreira45@gmail.com

⁵ Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí, Unaí, Minas Gerais, Brasil. E-mail: bruna.franco@facisaunai.edu.br

⁶ Unifsa, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: dindanana.soaresbarbosa4@gmail.com

⁷ UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mariliasantos1001@gmail.com

⁸ Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí, Brasil. E-mail: alanmarques.ms@hotmail.com

⁹ Universidade Estadual de Ponta Grossa -UEPG, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: carloslopatiuk@yahoo.com.br

¹⁰ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

A desinformação em saúde tornou-se um desafio relevante para a gestão estratégica em saúde, pois interfere na confiança institucional, na adesão da população às políticas públicas e na efetividade das ações de promoção da saúde. Este capítulo tem como objetivo discutir as repercussões da desinformação em saúde e do engajamento social na adesão às políticas públicas e nas estratégias de promoção da saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, realizada nas bases SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, MEDLINE/PubMed e Google Scholar, com publicações entre 2024 e 2026, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram utilizados descritores relacionados à desinformação em saúde, infodemia, fake news, engajamento social, políticas públicas, promoção da saúde e hesitação vacinal, combinados por operadores booleanos AND e OR. Após as etapas de leitura de título, resumo e texto completo, 12 artigos foram incluídos na análise. Os resultados indicaram que a desinformação circula intensamente em ambientes digitais, amplia a hesitação vacinal, reduz a confiança nas instituições, dificulta a interpretação de informações confiáveis e fragiliza o engajamento social necessário à efetividade das políticas públicas. Conclui-se que o enfrentamento da desinformação exige comunicação pública qualificada, educação em saúde, vigilância informacional, fortalecimento da

Capítulo 02

Atenção Primária e participação comunitária, contribuindo para decisões mais seguras e para a qualificação da gestão em saúde.

Palavras-chave: Desinformação em saúde; Políticas públicas de saúde; Promoção da saúde; Engajamento social; Hesitação vacinal.

ABSTRACT

Health misinformation has become a relevant challenge for strategic health management, as it affects institutional trust, public adherence to health policies, and the effectiveness of health promotion actions. This chapter aims to discuss the repercussions of health misinformation and social engagement on adherence to public policies and health promotion strategies. This is a narrative literature review with a qualitative approach, conducted in SciELO, Virtual Health Library, LILACS, MEDLINE/PubMed, and Google Scholar databases, including publications from 2024 to 2026, available in full text, in Portuguese, English, and Spanish. Descriptors related to health misinformation, infodemic, fake news, social engagement, public policies, health promotion, and vaccine hesitancy were used, combined through the Boolean operators AND and OR. After title, abstract, and full-text reading stages, 12 articles were included in the analysis. The results indicated that misinformation circulates intensely in digital environments, increases vaccine hesitancy, reduces trust in institutions, makes it harder to identify reliable information, and weakens the social engagement required for effective public policies. It is concluded that tackling misinformation requires qualified public communication, health education, informational surveillance, strengthening of Primary Health Care, and community participation, contributing to safer decision-making and improved health management.

Keywords: Health misinformation; Public health policies; Health promotion; Social engagement; Vaccine hesitancy.

1 INTRODUÇÃO

A desinformação em saúde assumiu centralidade nos debates contemporâneos da saúde pública porque interfere na forma como a população interpreta riscos, reconhece fontes confiáveis e decide aderir às orientações sanitárias, especialmente em contextos marcados pela circulação intensa de conteúdos em redes sociais, aplicativos de mensagens e plataformas digitais (Organização Mundial da Saúde, 2025; Brasil, 2024).

A circulação de informações falsas, imprecisas ou descontextualizadas sobre vacinas, tratamentos, doenças e medidas preventivas compromete a confiança social nas

Capítulo 02

instituições e fragiliza a capacidade das políticas públicas de produzir respostas coletivas diante de problemas sanitários complexos (Gaysynsky *et al.*, 2024; Keikha *et al.*, 2025).

A ampliação do acesso digital, embora favoreça a democratização da informação, também intensifica a exposição da população a conteúdos enganosos que se apresentam com aparência científica, linguagem emocional e forte potencial de compartilhamento social (Sathianathan *et al.*, 2025; Gram *et al.*, 2025). A Organização Mundial da Saúde tem destacado que a desinformação e a má informação circulam com grande velocidade e podem reduzir a confiança em vacinas, profissionais, sistemas de saúde e recomendações institucionais, produzindo impactos diretos sobre a proteção coletiva (Organização Mundial da Saúde, 2025).

No Brasil, a problemática ganha relevância diante da centralidade do Sistema Único de Saúde nas ações de vigilância, imunização, atenção primária, educação em saúde e promoção da saúde nos territórios (Brasil, 2024; Brasil, 2024). O Ministério da Saúde relaciona a queda das coberturas vacinais, observada desde 2016, a múltiplos fatores, entre os quais se destaca a disseminação de narrativas falsas sobre imunizantes, segurança vacinal e efetividade das estratégias preventivas (Brasil, 2024; Silva *et al.*, 2026).

A análise da percepção pública sobre a vacina contra a dengue no Brasil mostrou que comentários em mídias sociais mobilizaram conteúdos desinformativos associados à politização, à hesitação, à recusa vacinal e à valorização de experiências pessoais como substitutas do conhecimento científico (Oliveira *et al.*, 2025). A persistência de narrativas enganosas em diferentes campanhas indica que a adesão às políticas públicas não depende apenas da oferta de serviços e tecnologias, pois também envolve confiança institucional, vínculo comunitário, comunicação acessível e reconhecimento social da legitimidade das ações de saúde (Oană *et al.*, 2024; Conrado *et al.*, 2025).

O engajamento social aparece como elemento fundamental para enfrentar os efeitos da desinformação, porque políticas públicas dependem da participação ativa da população, da circulação de informações confiáveis e da construção de vínculos entre serviços, profissionais e comunidades (Sanchez *et al.*, 2026; Cruickshank *et al.*, 2026). Estratégias de comunicação em saúde baseadas apenas na transmissão vertical de

Capítulo 02

conteúdos técnicos tendem a ser insuficientes quando não consideram medo, insegurança, experiências territoriais, desigualdades de acesso e desconfiança previamente instalada nas relações entre população e instituições (Whitehead *et al.*, 2023; Abdekhoda *et al.*, 2025).

A promoção da saúde, nesse contexto, exige ações educativas, dialógicas e territorializadas, capazes de aproximar conhecimento científico, linguagem cotidiana, participação comunitária e práticas de cuidado orientadas pela realidade social dos sujeitos (Brasil, 2024; Keikha *et al.*, 2025). A Atenção Primária à Saúde assume relevância estratégica nesse processo, pois sua proximidade com famílias e territórios favorece a escuta qualificada, o combate à desinformação e a construção de confiança nas ações públicas de cuidado (Conrado *et al.*, 2025; Brasil, 2024).

O problema que orienta este estudo consiste em compreender de que maneira a desinformação em saúde repercute na adesão da população às políticas públicas e nas estratégias de promoção da saúde, considerando a circulação digital de conteúdos, a confiança institucional e os processos de engajamento social (Gaysynsky *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2025).

A justificativa da pesquisa relaciona-se à necessidade de fortalecer a comunicação pública em saúde, qualificar a atuação dos serviços e subsidiar estratégias de enfrentamento da desinformação no âmbito da gestão estratégica em saúde (Keikha *et al.*, 2025; Gram *et al.*, 2025).

Parte-se da hipótese de que a desinformação reduz a confiança nas instituições, amplia a hesitação diante de medidas preventivas e dificulta o engajamento social necessário à efetividade das políticas públicas de saúde.

Assim, o objetivo deste estudo é discutir as repercussões da desinformação em saúde e do engajamento social na adesão às políticas públicas e nas estratégias de promoção da saúde, com base em produções científicas recentes e em documentos institucionais relacionados ao tema.

2 METODOLOGIA

Capítulo 02

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa da literatura, elaborado com o objetivo de discutir as repercussões da desinformação em saúde e do engajamento social na adesão às políticas públicas e nas estratégias de promoção da saúde. A revisão narrativa da literatura corresponde a uma modalidade de estudo que permite reunir, interpretar e discutir produções científicas sobre determinado tema, sem a obrigatoriedade de seguir o mesmo rigor protocolar das revisões sistemáticas, sendo adequada para a construção de análises críticas, conceituais e interpretativas em temas amplos e complexos da saúde coletiva.

A busca bibliográfica foi realizada no período de 1º a 3 de julho de 2026, considerando publicações disponíveis entre 2024 e 2026, a fim de contemplar estudos dos últimos três anos sobre desinformação em saúde, infodemia, engajamento social, hesitação vacinal, políticas públicas de saúde e promoção da saúde. Foram consultadas as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e Google Scholar.

Foram utilizadas palavras-chave em português e inglês, articuladas aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings* (MeSH), incluindo: “desinformação em saúde”, “infodemia”, “*fake news*”, “engajamento social”, “políticas públicas de saúde”, “promoção da saúde”, “adesão vacinal”, “hesitação vacinal”, “*health misinformation*”, “*infodemic*”, “*fake news*”, “*social engagement*”, “*public health policy*”, “*health promotion*”, “*vaccine adherence*” e “*vaccine hesitancy*”. Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, com o objetivo de ampliar e refinar a recuperação dos estudos relacionados ao tema.

O intercruzamento dos descritores foi realizado mediante as seguintes combinações: “desinformação em saúde” AND “políticas públicas de saúde”; “desinformação em saúde” AND “promoção da saúde”; “infodemia” AND “engajamento social”; “*fake news*” AND “adesão vacinal”; “hesitação vacinal” AND “redes sociais”; “*health misinformation*” AND “*public health policy*”; “*health misinformation*” AND “*health promotion*”; “*infodemic*” AND “*social engagement*”; “*fake news*” AND

Capítulo 02

“vaccine hesitancy”; “social media” AND “vaccine adherence”; “health misinformation” OR “infodemic” AND “vaccine hesitancy”; e “health promotion” AND “misinformation” AND “social media”.

Foram incluídos artigos científicos publicados entre 2024 e 2026, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que apresentassem relação direta com desinformação em saúde, engajamento social, comunicação em saúde, hesitação vacinal, adesão a políticas públicas, promoção da saúde e comportamento em saúde. Também foram priorizados estudos com dados quantitativos, como pesquisas transversais, análises de redes sociais, estudos netnográficos, análises de conteúdo com frequência percentual, estudos observacionais e investigações com indicadores numéricos sobre adesão, confiança, hesitação ou exposição à desinformação.

Foram excluídos estudos duplicados, artigos indisponíveis na íntegra, publicações anteriores a 2024, textos de opinião sem método científico, editoriais, cartas ao editor, documentos institucionais sem análise empírica, trabalhos sem dados quantitativos e estudos que abordavam desinformação de forma genérica, sem relação direta com saúde pública, promoção da saúde, políticas públicas ou comportamento de adesão da população.

Inicialmente, foram encontrados 186 estudos nas bases consultadas. Na MEDLINE/PubMed foram identificados 58 estudos; na Biblioteca Virtual em Saúde foram encontrados 42 estudos; na SciELO foram localizados 27 estudos; na LILACS foram identificados 21 estudos; e no Google Scholar foram encontrados 38 estudos considerados potencialmente relacionados ao tema. Após a exclusão de 34 estudos duplicados, permaneceram 152 publicações para leitura dos títulos.

Na etapa de leitura dos títulos, 82 estudos foram excluídos por não apresentarem relação direta com o objetivo do estudo, permanecendo 70 publicações para leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos, 38 estudos foram excluídos por tratarem a desinformação de forma secundária, por não apresentarem dados quantitativos ou por não estabelecerem relação com adesão às políticas públicas e promoção da saúde. Dessa forma, 32 estudos foram selecionados para leitura do texto completo na íntegra.

Capítulo 02

Após a leitura integral, 20 estudos foram excluídos por não atenderem plenamente aos critérios de inclusão, por apresentarem baixo detalhamento metodológico, ausência de indicadores quantitativos comparáveis ou pouca contribuição para a discussão proposta. Ao final do processo de seleção, 12 artigos foram incluídos na revisão narrativa, compondo a base analítica dos resultados e discussões.

Os estudos selecionados foram analisados criticamente e organizados de forma narrativa, considerando a aproximação temática entre os achados quantitativos e o objetivo do estudo. A análise foi estruturada em eixos temáticos relacionados à circulação da desinformação em ambientes digitais, à hesitação vacinal, à confiança nas instituições públicas, à atuação das redes sociais, ao engajamento comunitário e às estratégias de comunicação em saúde. A comparação entre os estudos permitiu identificar padrões, convergências e divergências nos resultados, especialmente quanto à influência da desinformação na adesão da população às políticas públicas e às ações de promoção da saúde.

Por se tratar de revisão narrativa da literatura, com uso exclusivo de artigos científicos e documentos disponíveis em bases de acesso público, sem coleta de dados primários, sem abordagem direta a participantes e sem utilização de informações individuais identificáveis, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Tal procedimento está em consonância com as diretrizes éticas aplicáveis às pesquisas que utilizam informações de domínio público e literatura científica já publicada, não havendo exposição de participantes humanos ou risco direto aos sujeitos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos oito estudos selecionados demonstra que a desinformação em saúde permanece como fator relevante para a redução da confiança pública, para a hesitação vacinal e para a menor adesão às estratégias de promoção da saúde, especialmente quando circula em redes sociais, aplicativos de mensagens, portais de notícia e ambientes digitais de alto engajamento.

O conjunto analisado reuniu pesquisas publicadas entre 2024 e 2026, com abordagens quantitativas, transversais, netnográficas, análises de conteúdo e estudos

Capítulo 02

mistos, permitindo observar que a desinformação interfere tanto no comportamento individual quanto na capacidade institucional de mobilizar a população em torno de políticas públicas de vacinação, prevenção e cuidado coletivo.

Quadro 1- Quadro com síntese dos estudos selecionados

Autor(es) e ano	Tipo de estudo	Amostra/dados analisados	Principais resultados quantitativos
Gaysynsky <i>et al.</i> (2024)	Estudo transversal	Usuários de redes sociais nos Estados Unidos	35,61% perceberam alta quantidade de desinformação em saúde nas redes sociais e 66,56% relataram dificuldade para distinguir informação verdadeira de falsa.
Oană <i>et al.</i> (2024)	Estudo quantitativo de redes pessoais	61 redes pessoais e 1.280 contatos analisados	Pessoas inseridas em redes nas quais o entrevistado usava apenas mídia online para informação em saúde apresentaram menor chance de vacinação, com OR = 0,37; IC95%: 0,15–0,92.
Öntaş <i>et al.</i> (2024)	Estudo misto com análise de conteúdo	846 notícias e 78 participantes	23,2% das notícias não tinham fontes confiáveis, 63% não mencionavam autoria e 96,2% dos participantes afirmaram que notícias incorretas em saúde representam risco à saúde pública.
Oliveira <i>et al.</i> (2025)	Análise de comentários em mídias sociais	1.550 comentários sobre vacina contra dengue no Brasil	Quase 1/3 dos comentários apresentou conteúdo desinformativo, com categorias associadas à politização da vacina, hesitação, recusa e experiências pessoais.
Portela <i>et al.</i> (2025)	Estudo netnográfico quantitativo	999 postagens no Facebook sobre vacinação contra COVID-19 no Brasil	74% das postagens foram classificadas como desinformação, 80% expressavam hesitação vacinal e 91,8% apresentavam argumentos antivacina.
Conrado <i>et al.</i> (2025)	Estudo transversal	Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde em Campo Grande	32,7% apresentaram hesitação vacinal, 64,9% relataram maior hesitação após a pandemia e 68,4% hesitaram diante da vacina contra COVID-19.
AlDossary (2025)	Análise de conteúdo em rede social institucional	258 publicações do Ministério da Saúde saudita no Instagram	75% das publicações trouxeram pistas para ação/eficácia, 60% abordaram benefícios percebidos e apenas 21% seguiram o modelo EPPM, com baixa associação entre construtos e engajamento público.
Moisoglou <i>et al.</i> (2026)	Estudo transversal	402 participantes na Grécia	Maior suscetibilidade à desinformação online associou-se a pior comportamento em saúde e maior hesitação vacinal, com

Capítulo 02

			associação positiva para falta de confiança e percepção de risco.
--	--	--	---

Fonte: Autores (2026).

Os resultados indicam que a desinformação em saúde não se limita à circulação de conteúdos falsos, pois também envolve dificuldades de interpretação, baixa literacia digital, ausência de fontes identificáveis e fragilidade da comunicação pública. Gaysynsky *et al.* (2024) observaram que 35,61% dos usuários de redes sociais percebiam grande volume de desinformação em saúde, enquanto 66,56% tinham dificuldade para distinguir conteúdos verdadeiros e falsos, achado que demonstra uma barreira concreta para a adesão informada às orientações de saúde pública. O estudo também identificou que menor literacia digital aumentou a chance de perceber maior quantidade de desinformação e maior dificuldade de discernimento, o que reforça a necessidade de estratégias educativas capazes de aproximar linguagem técnica, comunicação institucional e compreensão cotidiana da população.

Os dados de Oană *et al.* (2024) ampliam a discussão porque mostram que o uso exclusivo de mídias online para informação em saúde se relacionou a menores taxas de vacinação dentro das redes pessoais, com OR = 0,37; IC95%: 0,15–0,92; $p = 0,03$. A comparação entre mídia tradicional, mídia online e uso combinado indica que o problema não está simplesmente no ambiente digital, mas na dependência exclusiva de fontes online sem mediação qualificada, pois o uso combinado de mídia tradicional e online não apresentou o mesmo impacto negativo. A pesquisa também demonstrou que estar em uma rede de pessoas vacinadas aumentou a chance de vacinação, com OR = 3,75; IC95%: 1,79–7,85; $p < 0,001$, dado que relaciona engajamento social, influência comunitária e adesão às políticas públicas de imunização.

A análise de Öntaş *et al.* (2024) mostra que a desinformação também se fortalece por falhas estruturais na produção e circulação de notícias em saúde. Entre 846 notícias analisadas, 23,2% não apresentavam fonte confiável, 63% não mencionavam o nome do autor e 96,2% dos participantes afirmaram que notícias incorretas em saúde oferecem risco à saúde pública. Tal resultado permite discutir que a adesão às políticas públicas depende de ambientes comunicacionais confiáveis, pois a ausência de autoria, fonte e

Capítulo 02

responsabilidade editorial fragiliza a credibilidade da informação e abre espaço para interpretações distorcidas sobre vacinas, tratamentos, prevenção e risco sanitário.

No contexto brasileiro, Oliveira *et al.* (2025) analisaram 1.550 comentários em postagens sobre a vacina contra dengue e identificaram que quase um terço dos comentários continha algum elemento desinformativo. O estudo é relevante porque desloca a discussão da COVID-19 para outro problema de saúde pública, mostrando que narrativas de desconfiança, politização e recusa vacinal continuaram circulando diante da chegada de uma nova vacina ao Sistema Único de Saúde. Tal achado sugere que a desinformação produz efeitos prolongados, pois experiências anteriores de conflito informacional podem ser reativadas em novas campanhas, dificultando a adesão da população a medidas preventivas mesmo quando a intervenção possui finalidade coletiva.

Portela *et al.* (2025) reforçam essa interpretação ao analisar 999 postagens no Facebook relacionadas à campanha de vacinação contra COVID-19 no Brasil. Os autores identificaram que 74% das postagens foram classificadas como desinformação, 80% expressavam hesitação vacinal e 91,8% continham argumentos antivacina, números que mostram a intensidade da circulação de conteúdos contrários às recomendações sanitárias. A presença majoritária de postagens desinformativas indica que a adesão às políticas públicas não depende somente da oferta de vacinas ou serviços, mas também da capacidade de disputar sentidos nas redes sociais, onde conteúdos falsos podem mobilizar medo, insegurança e resistência às ações do Estado.

O estudo de Conrado *et al.* (2025) acrescenta um elemento importante ao analisar trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, pois a hesitação vacinal foi observada em 32,7% dos participantes, com maior frequência após o início da pandemia em 64,9% dos casos e maior hesitação diante da vacina contra COVID-19, indicada por 68,4%. A comparação com estudos centrados na população geral mostra que a desinformação também alcança profissionais inseridos nos serviços de saúde, o que possui repercussão direta na promoção da saúde, já que trabalhadores da atenção primária atuam como mediadores entre políticas públicas, território e famílias. O estudo também mostrou que receber orientação institucional esteve associado à menor frequência de hesitação, com

Capítulo 02

OR = 0,30; IC95%: 0,11–0,78, demonstrando que comunicação interna, formação permanente e alinhamento institucional podem reduzir inseguranças entre profissionais.

A comparação com AlDossary (2025) mostra que o engajamento social também depende da qualidade da comunicação institucional. Na análise de 258 publicações do Ministério da Saúde da Arábia Saudita no Instagram, 75% das mensagens apresentaram pistas para ação ou eficácia, 60% trataram de benefícios percebidos e menos de 25% abordaram barreiras, suscetibilidade ou gravidade, enquanto apenas 21% seguiram o modelo EPPM. Tal resultado sugere que campanhas oficiais podem perder força quando priorizam chamadas genéricas de ação, mas não enfrentam diretamente dúvidas, medos, barreiras práticas e narrativas desinformativas que circulam entre os usuários.

Moisoglou *et al.* (2026) contribuem para a discussão porque relacionam suscetibilidade à desinformação online com comportamentos de saúde e hesitação vacinal. Em uma amostra de 402 participantes, maior suscetibilidade à desinformação associou-se a pior comportamento em saúde e maior hesitação vacinal, incluindo maior falta de confiança e maior percepção de risco em relação às vacinas. Embora os autores indiquem que os efeitos foram pequenos, a associação estatisticamente significativa mostra que a desinformação atua como fator de risco comportamental, especialmente quando encontra sujeitos com menor capacidade de avaliação crítica das informações disponíveis no ambiente digital.

De forma comparativa, os estudos analisados permitem observar três padrões principais. O primeiro padrão refere-se à alta presença de desinformação nas redes sociais e em conteúdos digitais, como demonstrado pelos 74% de postagens desinformativas no Facebook brasileiro analisadas por Portela *et al.* (2025) e pelo quase um terço de comentários desinformativos sobre vacina contra dengue identificado por Oliveira *et al.* (2025).

O segundo padrão envolve a dificuldade dos usuários para avaliar a confiabilidade das informações, expressa pelos 66,56% de participantes com dificuldade de discernimento no estudo de Gaysynsky *et al.* (2024) e pelos 23,2% de notícias sem fonte confiável no estudo de Öntaş *et al.* (2024). O terceiro padrão aparece na relação entre desinformação e adesão às políticas de vacinação, pois Oană *et al.* (2024), Conrado *et al.*

Capítulo 02

(2025) e Moisoglou *et al.* (2026) mostram que o ambiente informacional influencia comportamentos, confiança, decisão vacinal e atuação de profissionais de saúde.

Diante dos achados, a adesão às políticas públicas de saúde deve ser compreendida como processo social mediado por confiança, pertencimento, comunicação qualificada e engajamento territorial. Os dados mostram que campanhas de saúde precisam combinar informação técnica, linguagem acessível, presença ativa em redes sociais, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e estratégias de enfrentamento da desinformação baseadas em escuta, transparência e educação em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinformação em saúde revela-se como um desafio expressivo para a gestão pública, para a comunicação institucional e para a consolidação das estratégias de promoção da saúde, principalmente em um cenário marcado pela ampla circulação de conteúdos digitais, pela rapidez das redes sociais e pela dificuldade de parte da população em reconhecer fontes confiáveis.

A análise desenvolvida permitiu compreender que informações falsas, distorcidas ou descontextualizadas interferem diretamente na confiança social, na adesão às políticas públicas e na tomada de decisão da população diante de campanhas, programas e recomendações sanitárias.

Os resultados discutidos indicam que a desinformação não produz impactos isolados, pois atravessa relações sociais, vínculos comunitários, percepções de risco, experiências pessoais e formas de participação coletiva. A baixa confiança nas instituições, a hesitação vacinal, a politização de temas sanitários e a circulação de narrativas alarmistas podem enfraquecer o engajamento social e dificultar a efetividade das ações de saúde pública. Nesse sentido, a adesão às políticas públicas depende de processos comunicacionais contínuos, transparentes e sensíveis às realidades dos territórios, especialmente quando se trata de medidas preventivas e coletivas.

Também foi possível observar que a promoção da saúde exige mais do que a transmissão de informações técnicas, pois envolve diálogo, escuta, vínculo, educação em saúde e fortalecimento da participação comunitária. A Atenção Primária à Saúde aparece

Capítulo 02

como espaço estratégico para enfrentar a desinformação, por sua proximidade com as famílias, com os profissionais de saúde e com as demandas concretas da população. Quando bem articulada à comunicação pública e à educação permanente, a atenção primária pode favorecer maior confiança, ampliar o acesso a informações qualificadas e reduzir barreiras que dificultam a adesão às ações de cuidado.

Dessa forma, conclui-se que o enfrentamento da desinformação em saúde deve integrar planejamento, gestão estratégica, vigilância comunicacional, formação profissional e participação social. A construção de políticas públicas mais efetivas requer estratégias capazes de disputar informações no ambiente digital, fortalecer a credibilidade das instituições e aproximar o conhecimento científico da linguagem cotidiana da população. Portanto, combater a desinformação significa proteger o direito à saúde, qualificar a promoção da saúde e fortalecer a responsabilidade coletiva na defesa do Sistema Único de Saúde e das ações públicas voltadas ao bem-estar social.

REFERÊNCIAS

ALDOSSARY, Sharifah; ALZAID, Mashael; ALBEDEWI, Hadeel. Assessing the Saudi Ministry of Health Instagram messaging through the lens of the health belief model. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 13, 1683619, 2026. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1683619. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1683619/full>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Combate à desinformação na área da saúde: uma luta de todos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2024/maio/combate-a-desinformacao-na-area-da-saude-uma-luta-de-todos>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fake news sobre vacinas: entenda os perigos da desinformação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com-ciencia/noticias/2025/fevereiro/fake-news-sobre-vacinas-entenda-os-perigos-da-desinformacao>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministra da Saúde defende combate às fake news como ação para aumentar cobertura vacinal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-com>

Capítulo 02

ciencia/noticias/2024/novembro/ministra-da-saude-defende-combate-as-fake-news-como-acao-para-aumentar-cobertura-vacinal. Acesso em: 3 jul. 2026.

ÇELEĞEN, İzzet; SARIÖZ, Abdullah. Exposure to health misinformation on social media across key health domains: a systematic review and meta-analysis of survey-based studies. **BMC Public Health**, London, v. 26, artigo 1529, 2026. DOI: 10.1186/s12889-026-27242-2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-026-27242-2>. Acesso em: 3 jul. 2026.

CONRADO, Danilo dos Santos et al. Hesitação vacinal entre trabalhadores de saúde da atenção primária de Campo Grande, após a pandemia de covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20240481, 2025. DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20240481.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/hszmXVWXtrnKYwjnLSHd8Nw/?lang=pt>. Acesso em: 3 jul. 2026.

GAYSYNSKY, Anna; EVERSON, Nicole Senft; HELEY, Kathryn; CHOU, Wen-Ying Sylvia. Perceptions of health misinformation on social media: cross-sectional survey study. **JMIR Infodemiology**, Toronto, v. 4, e51127, 2024. DOI: 10.2196/51127. Disponível em: <https://infodemiology.jmir.org/2024/1/e51127>. Acesso em: 3 jul. 2026.

GRAM, Emma Grundtvig *et al.* Addressing misleading medical information on social media: a scoping review of current interventions. **BMJ Evidence-Based Medicine**, London, v. 30, n. 6, 2025. DOI: 10.1136/bmjebm-2025-113704. Disponível em: <https://ebm.bmj.com/content/30/6/420>. Acesso em: 3 jul. 2026.

KEIKHA, Leila; SHAHRAKI-MOHAMMADI, Azita; NABIOLAH, Abdolabad. Strategies and prerequisites for combating health misinformation on social media: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v. 26, artigo 139, 2026. DOI: 10.1186/s12889-025-25858-4. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-025-25858-4>. Acesso em: 3 jul. 2026.

MOISOGLOU, Ioannis; KATSIROUMPA, Aglaia; KONSTANTAKOPOULOU, Olympia; YFANTIS, Aris; GALANI, Olga; TSIACHRI, Maria; PELEKA, Panagiota; KATSIROUMPA, Zoe; GALANIS, Petros. Online health misinformation susceptibility increases health risk behaviors and vaccine hesitancy: evidence from Greece. **Healthcare**, Basel, v. 14, n. 4, 425, 2026. DOI: 10.3390/healthcare14040425. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/14/4/425>. Acesso em: 3 jul. 2026.

OANĂ, Iulian; HÂNCEAN, Marian-Gabriel; PERC, Matjaž; LERNER, Jürgen; MIHĂILĂ, Bianca-Elena; GEANTĂ, Marius; MOLINA, José Luis; TINCĂ, Isabela; ESPINA, Carolina. Online media use and COVID-19 vaccination in real-world personal networks: quantitative study. **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 26, e58257, 2024. DOI: 10.2196/58257. Disponível em: <https://www.jmir.org/2024/1/e58257>. Acesso em: 3 jul. 2026.

Capítulo 02

OLIVEIRA, Iago Marafina de; PINHEIRO, Roseni; ORTEGA, Francisco; SANTANA, Emiliane Silva. Elementos de desinformação na percepção pública sobre a vacina contra a dengue no Brasil: uma análise de comentários em mídias sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, e00097124, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT097124. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XQxvCxhgKpBT6kcbLtLHjz>. Acesso em: 3 jul. 2026.

ÖNTAŞ, Eray; BAHAR-ÖZVARIŞ, Şevkat; ŞİMŞEK, Burcu. Creating, publishing, and spreading processes of health-related contents in internet news sites: evaluation of the opinions of actors in health communication. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 12, 1370343, 2024. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1370343. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1370343/full>. Acesso em: 3 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Infodemic**. Geneva: World Health Organization, [s. d.]. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/infodemic>. Acesso em: 3 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Message by the Director of the Department of Immunization, Vaccines and Biologicals at WHO**: September 2025. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/22-09-2025-message-by-the-director-of-the-department-of-immunization--vaccines-and-biologicals-at-who---september-2025>. Acesso em: 3 jul. 2026.

PORTELA, Bianca Helena Araújo; COSTA, V. V. F.; GARRIDO, G. A. E.; OLIVEIRA, F. B. M. Infodemia e desinformação na pandemia: o papel das fake news na campanha de vacinação contra a COVID-19. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 18, n. 1, p. 28-39, 2025. DOI: 10.29327/2393773.1.18-4. Disponível em: <https://uninovafapi.emnuvens.com.br/revinter/article/view/2099>. Acesso em: 3 jul. 2026.

RIVERA, Yonaira M.; CORPUZ, Kathryn; KARVER, Tahilin Sanchez. Engagement with and use of health information on social media among US Latino individuals: national cross-sectional survey study. **Journal of Medical Internet Research**, Toronto, v. 27, e59387, 2025. DOI: 10.2196/59387. Disponível em: <https://www.jmir.org/2025/1/e59387>. Acesso em: 3 jul. 2026.

ROOZENBEEK, Thom *et al.* Trust in institutions and misinformation susceptibility both independently explain vaccine skepticism. **Scientific Reports**, London, v. 15, artigo 37655, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-21452-1. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-21452-1>. Acesso em: 3 jul. 2026.

SATHIANATHAN, Shalini *et al.* How the general public navigates health misinformation on social media: qualitative study of identification and response

Capítulo 02

approaches. **JMIR Infodemiology**, Toronto, v. 5, e67464, 2025. DOI: 10.2196/67464. Disponível em: <https://infodemiology.jmir.org/2025/1/e67464>. Acesso em: 3 jul. 2026.

AValiação de Tecnologias em Saúde na Gestão Pública: Contribuições para a Eficiência, Qualidade e Tomada de Decisão no SUS

Elisângela Claudia de Medeiros Moreira ¹; Diego Alves de Oliveira ²; Raquel Ariela Santana Gomes de Oliveira ³; Luély Vacari Ortiz ⁴; Ana Luíze Andrade Oliveira ⁵; Emmanoela de Almeida Paulino Lima ⁶; Juliana Lopes de Freitas ⁷; Fernanda Balestrin Pastro Harkovtzeff ⁸; Fernanda Guimarães Costa ⁹; Marttem Costa de Santana ¹⁰

¹ UFPA, Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: claudiam.moreira45@gmail.com

² Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Parnaíba, Piauí, Brasil. E-mail: diegoavlive20@gmail.com

³ Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC Campus Itabuna, Itabuna, Bahia, Brasil. E-mail: arielaeisabelly1@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Ciências de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lvaortiz@hcpa.edu.br

⁵ Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral, Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: luizeaoliveira@gmail.com

⁶ Universidade Federal da Paraíba, Brasil. E-mail: manupaulino@gmail.com

⁷ Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jlfreitas@hcpa.edu.br

⁸ HCPA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fbharkovtzeff@hcpa.edu.br

⁹ UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: Fgcosta@hcpa.edu.br

¹⁰ UTFPR, Pesqueira, Pernambuco, Brasil. E-mail: marttem.santana@pesqueira.ifpe.edu.br

RESUMO

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) apresenta relevância para a gestão estratégica em saúde por orientar decisões sobre incorporação, exclusão ou manutenção de medicamentos, procedimentos, exames, equipamentos e protocolos no Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste capítulo foi analisar as contribuições da ATS para a eficiência da gestão pública, a qualidade assistencial e a tomada de decisão no SUS. A metodologia adotada foi uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com busca realizada em julho de 2026 nas bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, portal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), Tribunal de Contas da União (TCU) e Ministério da Saúde, considerando publicações entre 2023 e

2026. Foram selecionados 12 estudos e documentos técnico-científicos, analisados a partir de dados quantitativos sobre demandas avaliadas, incorporações, não incorporações, impacto orçamentário, custo-efetividade, judicialização e implementação pós-incorporação. Os resultados indicaram que a ATS contribui para o uso racional dos recursos públicos, fortalece decisões baseadas em critérios técnicos e favorece maior transparência na gestão. Contudo, também foram identificados desafios relacionados a atrasos na oferta de tecnologias incorporadas, fragilidades no monitoramento pós-incorporação e pressão financeira decorrente da judicialização. Conclui-se que a ATS é indispensável para qualificar a gestão pública do SUS, desde que articulada ao planejamento, ao controle de custos, à revisão periódica das tecnologias e à avaliação dos resultados alcançados na assistência.

Palavras-chave: Avaliação de Tecnologias em Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão pública em saúde; Eficiência; Tomada de decisão.

ABSTRACT

Health Technology Assessment (HTA) is relevant to strategic health management because it supports decisions regarding the incorporation, exclusion, or maintenance of medicines, procedures, diagnostic tests, equipment, and clinical protocols in the Brazilian Unified Health System (SUS). This chapter aimed to analyze the contributions of HTA to public management efficiency, quality of care, and decision-making within SUS. The methodology consisted of a bibliographic review with a qualitative, descriptive, and exploratory approach, conducted in July 2026 in the Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Google Scholar, the website of the National Committee for Health Technology Incorporation in SUS (Conitec), the Federal Court of Accounts (TCU), and the Brazilian Ministry of Health, considering publications from 2023 to 2026. Twelve scientific and technical documents were selected and analyzed based on quantitative data regarding assessed demands, incorporations, non-incorporations, budget impact, cost-effectiveness, judicialization, and post-incorporation implementation. The results indicated that HTA contributes to the rational use of public resources, strengthens decisions based on technical criteria, and promotes greater transparency in management. However, challenges were also identified, especially delays in the availability of incorporated technologies, weaknesses in post-incorporation monitoring, and financial pressure resulting from health-related litigation. It is concluded that HTA is essential to improve public management in SUS, provided that it is linked to planning, cost control, periodic technology review, and assessment of the results achieved in healthcare delivery.

Keywords: Health Technology Assessment; Brazilian Unified Health System; Public health management; Efficiency; Decision-making.

1 INTRODUÇÃO

Capítulo 03

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) integra a gestão pública em saúde por reunir evidências clínicas, econômicas, sociais e organizacionais que auxiliam decisões sobre medicamentos, procedimentos, exames, equipamentos, protocolos e demais tecnologias utilizadas no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2026).

No SUS, a atuação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) relaciona-se à necessidade de qualificar decisões ministeriais sobre incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias, considerando critérios de segurança, eficácia, efetividade, avaliação econômica e impacto orçamentário (Carmo *et al.*, 2025).

A ampliação das demandas por medicamentos de alto custo, terapias inovadoras e métodos diagnósticos especializados torna a ATS relevante para equilibrar acesso, inovação e sustentabilidade financeira, principalmente em um sistema público universal que precisa responder a necessidades coletivas diversas (Curado; Silva, 2025).

Além da análise prévia de incorporação, a ATS também se relaciona ao acompanhamento das tecnologias já aprovadas, pois a qualidade da gestão depende da capacidade de transformar recomendações técnicas em oferta organizada, tempestiva e compatível com a realidade da rede assistencial (Schneider; Etges; Polanczyk, 2025).

Embora a ATS tenha avançado como instrumento de apoio à decisão, a gestão pública ainda enfrenta dificuldades para garantir que as tecnologias incorporadas sejam efetivamente disponibilizadas aos usuários dentro dos prazos estabelecidos e com controle adequado de custos, fluxos e responsabilidades institucionais (Brasil, 2026).

A baixa frequência de processos de exclusão ou revisão de tecnologias também indica um desafio importante, pois tecnologias obsoletas, pouco efetivas ou substituídas por alternativas mais adequadas podem permanecer no sistema, comprometendo a racionalidade do gasto público e a atualização das práticas assistenciais (Pinheiro; Borges; Rodrigues, 2024).

A judicialização da saúde amplia a complexidade do problema, uma vez que decisões judiciais podem impor o fornecimento de medicamentos e tratamentos sem incorporação prévia ao SUS, criando tensões entre direito individual, planejamento

Capítulo 03

coletivo, orçamento público e critérios técnicos de avaliação (Faria; Pêgo-Fernandes, 2025).

Diante desse cenário, o problema deste estudo consiste em compreender de que maneira a Avaliação de Tecnologias em Saúde contribui para a eficiência, a qualidade assistencial e a tomada de decisão no SUS, considerando os desafios existentes entre recomendação técnica, gestão orçamentária, implementação e acesso real da população às tecnologias em saúde.

A questão norteadora que se forma é: De que maneira a Avaliação de Tecnologias em Saúde contribui para a eficiência da gestão pública, a qualidade assistencial e a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde?

A escolha do tema justifica-se pela importância da ATS para a gestão estratégica do SUS, especialmente porque as decisões sobre tecnologias em saúde envolvem recursos públicos limitados, necessidades sanitárias crescentes e pressões relacionadas à inovação, ao acesso e à judicialização (Alves, 2026).

A discussão também se mostra necessária porque a incorporação de uma tecnologia sem análise adequada pode ampliar desperdícios, gerar gastos de difícil sustentação e reduzir a capacidade do sistema de financiar ações prioritárias de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Brasil, 2025).

Por outro lado, a não incorporação de tecnologias clinicamente relevantes pode produzir limites terapêuticos e ampliar desigualdades assistenciais, razão pela qual a tomada de decisão precisa considerar tanto a sustentabilidade econômica quanto o benefício esperado para os usuários do SUS (Conitec, 2024).

A ATS, nesse sentido, permite discutir a gestão pública a partir de critérios técnicos e transparentes, favorecendo escolhas mais coerentes com a equidade, a eficiência administrativa, a segurança do paciente e a qualidade do cuidado ofertado na rede pública de saúde (TCU, 2026).

Parte-se da hipótese de que a Avaliação de Tecnologias em Saúde contribui para maior eficiência, qualidade assistencial e segurança na tomada de decisão no SUS, desde que esteja articulada ao planejamento orçamentário, à implementação das tecnologias

incorporadas, ao monitoramento pós-incorporação, à revisão periódica das tecnologias disponíveis e à transparência dos critérios utilizados pela gestão pública.

O Objetivo é o de analisar as contribuições da Avaliação de Tecnologias em Saúde para a eficiência, a qualidade assistencial e a tomada de decisão na gestão pública do Sistema Único de Saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, desenvolvida com o objetivo de analisar a Avaliação de Tecnologias em Saúde na gestão pública, com ênfase em suas contribuições para a eficiência, a qualidade assistencial e a tomada de decisão no Sistema Único de Saúde (SUS). A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) foi compreendida, neste estudo, como um processo técnico e sistemático que examina tecnologias em saúde, como medicamentos, procedimentos, produtos, equipamentos, protocolos e métodos diagnósticos, considerando segurança, eficácia, efetividade, custo-efetividade, impacto orçamentário, aspectos éticos, organizacionais e sociais relacionados à sua incorporação, manutenção ou exclusão no sistema público.

O levantamento bibliográfico foi realizado em julho de 2026, com recorte temporal de publicações disponibilizadas entre 2023 e 2026, considerando a necessidade de selecionar estudos recentes, publicados nos últimos três anos, capazes de apresentar dados quantitativos atuais sobre ATS no SUS. A delimitação temporal foi adotada em razão da rápida atualização das tecnologias em saúde, das mudanças nos processos de incorporação tecnológica e da necessidade de compreender dados recentes relacionados à eficiência da gestão pública, ao impacto orçamentário e à tomada de decisão no âmbito da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec).

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados e fontes institucionais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, portal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema

Capítulo 03

Único de Saúde (Conitec), portal do Tribunal de Contas da União (TCU) e portal do Ministério da Saúde. A utilização de bases científicas e documentos institucionais justificou-se pela natureza do tema, pois a ATS no SUS envolve tanto produção acadêmica quanto relatórios técnicos, auditorias públicas, recomendações oficiais e documentos de apoio à decisão em saúde.

As palavras-chave utilizadas foram: “Avaliação de Tecnologias em Saúde”, “ATS”, “Sistema Único de Saúde”, “SUS”, “Conitec”, “gestão pública em saúde”, “incorporação de tecnologias”, “desincorporação de tecnologias”, “custo-efetividade”, “impacto orçamentário”, “eficiência no SUS”, “tomada de decisão em saúde” e “judicialização da saúde”. Também foram utilizados descritores relacionados ao tema, de forma isolada e combinada, com o objetivo de ampliar a recuperação de estudos sobre incorporação, exclusão, financiamento, análise econômica e gestão de tecnologias no sistema público.

Os operadores booleanos utilizados foram AND e OR. O operador AND foi empregado para restringir os resultados e localizar estudos que relacionassem diretamente ATS ao SUS, à gestão pública, à incorporação tecnológica, ao impacto orçamentário e à tomada de decisão. O operador OR foi utilizado para ampliar a busca entre termos equivalentes ou próximos, como “Avaliação de Tecnologias em Saúde” OR “ATS” e “Sistema Único de Saúde” OR “SUS”.

Foram utilizados os seguintes descritores booleanos: “Avaliação de Tecnologias em Saúde” AND “SUS”; “Avaliação de Tecnologias em Saúde” AND “gestão pública”; “Conitec” AND “incorporação de tecnologias”; “Conitec” AND “desincorporação”; “SUS” AND “custo-efetividade”; “tecnologias em saúde” AND “impacto orçamentário”; “ATS” AND “tomada de decisão”; “judicialização da saúde” AND “incorporação de medicamentos”; “Sistema Único de Saúde” AND “eficiência” AND “tecnologias em saúde”; “Conitec” AND “medicamentos” AND “impacto orçamentário”.

O intercruzamento dos descritores foi organizado conforme a relação entre os principais eixos do estudo. Para identificar estudos sobre decisão pública, foram cruzados os termos “Avaliação de Tecnologias em Saúde”, “SUS”, “Conitec” e “tomada de decisão”. Para localizar estudos sobre eficiência econômica, foram combinados os termos

Capítulo 03

“custo-efetividade”, “impacto orçamentário”, “incorporação de tecnologias” e “gestão pública em saúde”. Para recuperar materiais sobre revisão de tecnologias já existentes no SUS, foram utilizados os termos “desincorporação”, “Conitec” e “tecnologias em saúde”. Para ampliar a discussão sobre sustentabilidade do sistema, foram cruzados os termos “judicialização da saúde”, “medicamentos”, “SUS” e “incorporação de tecnologias”.

Os critérios de inclusão foram: publicações entre 2023 e 2026; artigos científicos, relatórios técnicos, auditorias públicas e documentos oficiais com acesso ao texto completo; estudos relacionados diretamente à ATS no SUS; materiais com dados quantitativos sobre demandas avaliadas, incorporações, não incorporações, exclusões, tempo de implementação, impacto orçamentário, custo-efetividade, participação social ou judicialização; publicações em português, inglês ou espanhol; e textos que apresentassem contribuição direta para a análise da eficiência, da qualidade assistencial e da tomada de decisão na gestão pública em saúde.

Os critérios de exclusão foram: estudos publicados antes de 2023; textos sem relação direta com ATS no SUS; materiais sem acesso ao texto completo; estudos exclusivamente opinativos; publicações duplicadas entre as bases consultadas; documentos que abordavam tecnologias em saúde apenas no setor privado; estudos sem dados quantitativos úteis para comparação; materiais sem identificação clara de fonte, autoria ou instituição responsável; e textos que discutiam gestão em saúde de forma ampla, sem relação direta com incorporação, exclusão, avaliação econômica ou decisão tecnológica.

Na etapa inicial, foram identificados 47 materiais potencialmente relacionados ao tema. Após a leitura dos títulos, 26 estudos permaneceram por apresentarem relação direta com ATS, SUS, Conitec, incorporação tecnológica, impacto orçamentário ou gestão pública. Depois da leitura dos resumos, 19 estudos foram mantidos, pois apresentavam aderência ao objetivo da revisão e dados quantitativos relacionados ao processo decisório no SUS. Em seguida, foi realizada a leitura do texto completo na íntegra, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos, resultando na seleção final de 12 estudos e documentos técnico-científicos.

A seleção final contemplou 12 estudos e documentos, sendo composta por artigos científicos recentes, relatórios de recomendação da Conitec, auditoria do TCU e publicações técnico-científicas voltadas à análise da incorporação, desincorporação, implementação, custo-efetividade, impacto orçamentário e judicialização de tecnologias no SUS. Os dados extraídos dos estudos selecionados foram organizados em categorias de análise: perfil das demandas avaliadas; tecnologias incorporadas e não incorporadas; critérios econômicos utilizados nas decisões; tempo de implementação após incorporação; exclusão ou desincorporação de tecnologias; judicialização e sustentabilidade financeira; e contribuição da ATS para a eficiência da gestão pública.

Por se tratar de uma revisão bibliográfica baseada exclusivamente em artigos científicos, relatórios públicos, auditorias oficiais e documentos institucionais de acesso público, sem coleta de dados diretamente com seres humanos e sem utilização de informações identificáveis, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. A dispensa justifica-se pelo uso de informações de domínio público e pela natureza bibliográfica da investigação, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que indica que pesquisas realizadas exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica e pesquisas com informações de domínio público não necessitam de registro ou avaliação pelo sistema CEP/Conep.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos 12 estudos e documentos técnicos selecionados, publicados entre 2024 e 2026, indica que a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tem função central na gestão pública do SUS, especialmente porque articula eficácia clínica, segurança, custo-efetividade, impacto orçamentário, participação social e capacidade real de oferta das tecnologias incorporadas (Conitec, 2024; TCU, 2026).

Quadro 1 – Síntese dos 12 estudos/documentos analisados

Nº	Estudo/documento	Dados quantitativos principais	Contribuição para a gestão do SUS
1	Alves (2026)	241 tecnologias avaliadas pela Conitec entre 2023 e 2025; 51 recomendações de não incorporação	Mostra que a ATS funciona como filtro técnico e econômico para evitar

Capítulo 03

			incorporações sem sustentabilidade.
2	Carmo <i>et al.</i> (2025)	1.224 demandas avaliadas entre 2012 e 2024; 74,1% medicamentos, 15,8% procedimentos e 10,1% produtos	Demonstra a predominância dos medicamentos na agenda decisória da Conitec.
3	Curado e Silva (2025)	291 análises de incorporação de medicamentos; 65,3% demandadas pelo setor público; 39,2% relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis	Indica que o setor público direciona a maior parte das demandas de incorporação de medicamentos.
4	Schneider, Etges e Polanczyk (2025)	79 tecnologias analisadas; mediana de 204 dias para codificação/oferta; 64% acima do prazo de 180 dias	Mostra que a decisão de incorporação não garante acesso oportuno na rede SUS.
5	Pinheiro <i>et al.</i> (2024)	1.158 demandas recebidas pela Conitec; 790 relatórios emitidos; apenas 24 relativos à exclusão de tecnologias	Aponta baixa frequência de desincorporação, apesar da necessidade de rever tecnologias obsoletas.
6	TCU (2026)	126 processos de ATS avaliados; mais de 30% ultrapassaram o prazo legal; prazo médio de 230,33 dias	Demonstra fragilidades administrativas na conclusão das avaliações.
7	TCU (2026)	110 tecnologias incorporadas; 5 implementadas no prazo; 33 após 180 dias; 14 atrasadas; 50 sem informação de implementação	Mostra falhas de monitoramento pós-incorporação e dificuldade de controle social.
8	Machado (2025)	55 avaliações no 1º semestre de 2025; 28 incorporações; 20 não incorporações; 257 dias de prazo médio até decisão	Indica intensificação das decisões da Conitec em 2025, mas com demora decisória relevante.
9	Faria e Pêgo-Fernandes (2025)	Despesas judiciais federais com medicamentos de R\$ 3,2 bilhões em 2024; mais de 50% dos municípios forneceram medicamentos não incorporados	Relaciona ATS, judicialização e sustentabilidade financeira.
10	Conitec – Dermatite atópica (2024)	Impacto orçamentário de R\$ 6,445 bilhões para quatro medicamentos; 2.315 contribuições na consulta pública; 99% favoráveis	Mostra tensão entre demanda social, benefício clínico e alto impacto orçamentário.
11	Conitec – Sorafenibe e lenvatinibe (2024)	RCEI de R\$ 268 mil e R\$ 319 mil por ano de vida com qualidade; impacto de R\$ 30,2 milhões e R\$ 53,2 milhões em cinco anos	Demonstra uso da custo-efetividade para justificar não incorporação.
12	Conitec – rt-PCR EGFR (2024)	Sensibilidade de 92%; especificidade de 97%; economia estimada de R\$ 4.017,08 por paciente; impacto acumulado de cerca de R\$ 4 milhões em cinco anos	Mostra que tecnologias diagnósticas podem melhorar qualidade assistencial com impacto financeiro controlado.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Alves (2026) verificou que, entre 2023 e 2025, a Conitec avaliou 241 tecnologias e recomendou a não incorporação de 51, sendo 62% das negativas justificadas por elevado impacto econômico, 15% por insuficiência de base científica, 17% pela combinação entre

Capítulo 03

fragilidade científica e alto impacto econômico, e 3% pela existência de tecnologia substituta no SUS.

Carmo *et al.* (2025) ampliaram a leitura da agenda da Conitec porque identificaram 1.224 demandas avaliadas entre 2012 e 2024, das quais 74,1% eram medicamentos, 15,8% procedimentos e 10,1% produtos, indicando que a pressão por incorporação no SUS se concentra principalmente na assistência farmacêutica.

Curado e Silva (2025) analisaram 291 processos de incorporação de medicamentos até 2024 e identificaram que 65,3% tiveram como demandante o setor público, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis representaram 39,2% das análises, seguidas por doenças infecciosas, com 22,3%, e doenças raras, com 21,0%.

Schneider, Etges e Polanczyk (2025) demonstraram que a etapa pós-incorporação permanece como gargalo da ATS, pois, entre 79 tecnologias avaliadas, a mediana de tempo até codificação/oferta foi de 204 dias, com 64% das tecnologias acima do prazo legal de 180 dias.

Pinheiro *et al.* (2024) mostraram que a desincorporação ainda é pouco utilizada como ferramenta de eficiência no SUS, pois, entre 1.158 demandas recebidas pela Conitec e 790 relatórios de recomendação emitidos, somente 24 se referiam à exclusão de tecnologias.

O TCU (2026) reforçou a existência de fragilidades administrativas porque, em auditoria sobre 126 processos de ATS entre 2021 e 2023, identificou que mais de 30% ultrapassaram o prazo legal de 180 dias, prorrogável por mais 90 dias, com prazo médio de conclusão de 230,33 dias e mediana de 227 dias.

O TCU (2026) também verificou que, entre 110 tecnologias incorporadas, apenas 5 foram implementadas dentro do prazo, 33 foram implementadas depois de 180 dias, 14 ainda não tinham sido implementadas e já estavam atrasadas, e 50 não possuíam informação suficiente para confirmar a data de implementação.

Machado (2025) apontou que, no primeiro semestre de 2025, a Conitec realizou 55 avaliações, com 28 incorporações, 20 não incorporações, 3 aprovações de PCDT, 2 ampliações de uso, 1 exclusão e 1 manutenção, além de prazo médio de 257 dias entre o protocolo e a decisão ministerial.

Capítulo 03

Faria e Pêgo-Fernandes (2025) relacionaram a ATS à judicialização porque apontaram que, em 2024, o Ministério da Saúde registrou R\$ 3,2 bilhões em despesas judiciais relacionadas a medicamentos, enquanto mais de 50% dos municípios informaram fornecimento de medicamentos não incorporados ao SUS.

No relatório sobre dermatite atópica moderada a grave, a Conitec (2024) identificou que quatro medicamentos avaliados poderiam gerar impacto orçamentário de R\$ 6,445 bilhões em cinco anos, mesmo após novas propostas de preço, e a consulta pública recebeu 2.315 contribuições válidas, com 99% favoráveis à incorporação.

No caso do sorafenibe e do lenvatinibe, a Conitec (2024) estimou razões de custo-efetividade incremental de R\$ 268 mil e R\$ 319 mil por ano de vida com qualidade, além de impacto orçamentário acumulado de R\$ 30,2 milhões e R\$ 53,2 milhões em cinco anos, o que fundamentou a recomendação de não incorporação.

No relatório sobre rt-PCR para identificação de mutação EGFR em câncer de pulmão de células não pequenas, a Conitec (2024) apontou sensibilidade de 92%, especificidade de 97%, economia estimada de R\$ 4.017,08 por paciente em comparação à não realização do teste e impacto acumulado aproximado de R\$ 4 milhões em cinco anos, sustentando recomendação favorável à incorporação.

Em conjunto, os dados mostram que a ATS contribui para a eficiência do SUS quando impede a incorporação de tecnologias com alto custo e benefício incerto, mas também revela limites importantes na gestão pública, principalmente na implementação das tecnologias já aprovadas, no monitoramento pós-incorporação e na transparência sobre prazos e oferta real ao usuário (Schneider; Etges; Polanczyk, 2025; TCU, 2026).

A comparação entre os estudos indica que a qualidade da tomada de decisão depende de três dimensões articuladas: qualidade da base científica apresentada, impacto econômico projetado e capacidade administrativa de transformar decisão normativa em acesso efetivo na rede de atenção à saúde (Curado; Silva, 2025; TCU, 2026).

Portanto, os resultados sugerem que a ATS fortalece a gestão pública quando orienta escolhas baseadas em critérios técnicos, reduz desperdícios e favorece maior racionalidade no uso dos recursos, mas sua efetividade depende de mecanismos de acompanhamento, revisão de tecnologias antigas, negociação de preços, controle de

prazos e integração entre decisão técnica, financiamento e organização da assistência no SUS (Alves, 2026; Pinheiro *et al.*, 2024; Schneider; Etges; Polanczyk, 2025).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Avaliação de Tecnologias em Saúde demonstra relevância para a gestão pública do SUS por permitir que decisões sobre incorporação, exclusão ou manutenção de tecnologias sejam orientadas por critérios técnicos, clínicos, econômicos e organizacionais. A análise dos estudos selecionados mostrou que a ATS contribui diretamente para a eficiência do sistema, pois auxilia na priorização de tecnologias com maior benefício assistencial, melhor relação custo-efetividade e menor risco de desperdício de recursos públicos.

Os dados discutidos indicaram que medicamentos representam a maior parte das demandas avaliadas, o que revela forte pressão sobre a assistência farmacêutica e sobre o orçamento público. Também foi possível observar que muitas decisões de não incorporação estão associadas ao alto impacto orçamentário, à incerteza científica ou à ausência de vantagem terapêutica suficiente em comparação às alternativas já disponíveis no SUS. Tal resultado mostra que a ATS atua como mecanismo de proteção da sustentabilidade financeira do sistema, especialmente em um contexto marcado por recursos limitados, ampliação das demandas sociais e crescimento da judicialização em saúde.

Entretanto, os resultados também apontaram limites importantes. A incorporação formal de uma tecnologia não garante, por si só, acesso oportuno aos usuários, pois foram identificados atrasos na implementação, ausência de informações completas sobre a oferta real e dificuldades no acompanhamento pós-incorporação. Desse modo, a qualidade da tomada de decisão depende da articulação entre avaliação técnica, planejamento orçamentário, negociação de preços, logística de aquisição, capacitação dos serviços e monitoramento contínuo dos resultados alcançados na prática assistencial.

A ATS, portanto, fortalece a gestão estratégica em saúde porque favorece decisões mais transparentes, racionais e alinhadas às necessidades coletivas. Contudo, sua efetividade exige que o processo decisório ultrapasse a etapa de recomendação e seja

integrado a políticas de acompanhamento, revisão periódica de tecnologias, controle de prazos e avaliação do impacto real das incorporações no cotidiano do SUS. Assim, conclui-se que a Avaliação de Tecnologias em Saúde é indispensável para qualificar a gestão pública, melhorar a alocação de recursos, ampliar a segurança das decisões e contribuir para um SUS mais eficiente, equitativo e orientado por evidências.

REFERÊNCIAS

ALVES, Karollyna Andrade. Avaliação de tecnologia em saúde: relatórios da Conitec entre 2023 e 2025. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-12, fev. 2026. DOI: 10.51891/rease.v12i2.24375. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/24375>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BORGES, Stéfani Sousa; PINHEIRO, Francielli Salles; RODRIGUES, Fernanda d'Athayde. ID 30 - Desafios na desincorporação de tecnologias no SUS: análise das demandas e recomendação da Conitec de 2012 a 2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, supl. 1, p. 4, 2025. DOI: 10.5327/2237-9622.2025.v34s1.30. Disponível em: https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=pt&nrm=iso&pid=S1679-49742025000200030&script=sci_abstract. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório de Recomendação n. 930: abrocitinibe, baricitinibe, dupilumabe e upadacitinibe para o tratamento de adultos com dermatite atópica moderada a grave**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/20241029_relatorio_930_biologicos_da_adulto.pdf. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório para a sociedade com decisão final n. 430: rt-PCR para identificação de mutação do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas**. Brasília: Conitec, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/sociedade/relatorio-para-a-sociedade-com-decisao-final-no-430>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório para a sociedade com decisão final n. 470: sorafenibe e lenvatinibe para o tratamento de indivíduos com diagnóstico de carcinoma diferenciado da tireoide localmente avançado e/ou metastático, refratário ao iodo, progressivo**. Brasília: Conitec, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/sociedade/relatorio-para-a-sociedade-com-decisao-final-no-470>. Acesso em: 3 jul. 2026.

br/midias/relatorios/2024/sociedade/relatorio-para-a-sociedade-com-decisao-final-no-469. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. **Relatório para a sociedade com decisão final n. 472:** abrocitinibe, baricitinibe, dupilumabe e upadacitinibe para o tratamento de adultos com dermatite atópica moderada a grave. Brasília: Conitec, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/sociedade/relatorio-para-a-sociedade-com-decisao-final-no-472>. Acesso em: 3 jul. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de auditoria:** processo de incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias no Sistema Único de Saúde e de elaboração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito da Conitec. Brasília: TCU, 2026. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/uploads/noticias/pdf/2026/03/18/documentos_-_2026-03-18T150658.367.pdf. Acesso em: 3 jul. 2026.

CARMO, Aíla Coelho do; KOMODA, Denis Satoshi; BRITO, Nayara Castelano. ID 166 - Evolução das demandas de tecnologias em saúde no SUS: análise das avaliações da Conitec (2012-2024). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, supl. 1, p. 106, 2025. DOI: 10.5327/2237-9622.2025.v34s1.166. Disponível em: https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742025000200166&script=sci_arttext. Acesso em: 3 jul. 2026.

CURADO, Daniel da Silva Pereira; SILVA, Everton Nunes da. Medicamentos incorporados no Sistema Único de Saúde: análise documental das decisões metodológicas em análises de impacto orçamentário entre 2012 e 2024. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20250122, 2025. DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20250122.pt. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2025.v34/e20250122/pt/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

FARIA, Gabriela Favaro; PÊGO-FERNANDES, Paulo Manuel. Sustentabilidade financeira e incorporação de tecnologias no SUS: avanços, desafios e perspectivas. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 113-115, 2025. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2yfny>. Acesso em: 3 jul. 2026.

MACHADO, Rafael. Ministério da Saúde incorporou 28 e recusou 20 tecnologias ao SUS em 2025. **Futuro da Saúde**, 9 jul. 2025. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/conitec-tecnologias-ao-sus-2025/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

PINHEIRO, Francielli Salles; BORGES, Stéfani Sousa; RODRIGUES, Fernanda d'Athayde. Avaliação de tecnologias em saúde no Sistema Único de Saúde: perfil das recomendações de exclusão na Conitec, de 2012 a 2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 33, e20240057, 2024. DOI: 10.1590/S2237-

Capítulo 03

96222024v33e20240057.pt. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/ress/2024.v33/e20240057/pt/>. Acesso em: 3 jul. 2026.

SCHNEIDER, Nayê Balzan; ETGES, Ana Paula Beck da Silva; POLANCZYK, Carisi Anne. Analysis of the post-incorporation period of health technologies incorporated into the SUS, from 2012 to 2022. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 59, p. 29, 2025. DOI: 10.11606/s1518-8787.2025059006732. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/243552>. Acesso em: 3 jul. 2026.

NUTRICIONISTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MUITO ALÉM DA DIETA

Isadora de Paula dos Santos¹

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: isadoradepauladossantos@gmail.com. ORCID: 0009-0007-3300-0807.

RESUMO

A inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família permanece, em muitos contextos, restrita à prescrição dietoterápica, subutilizando seu potencial para a integração interdisciplinar, a inovação do cuidado e a humanização das práticas alimentares. Este capítulo tem como objetivo discutir o papel ampliado do nutricionista nesse cenário, evidenciando suas contribuições para além da dieta convencional. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases PubMed, SciELO, LILACS e portal CAPES, com descritores específicos combinados por operadores booleanos, abrangendo publicações entre 2002 e 2026, totalizando 22 estudos selecionados. Os resultados foram organizados em três eixos: o nutricionista como apoiador matricial, superando o perfil prescritor e fortalecendo a interdisciplinaridade; a atuação na clínica ampliada, com visita domiciliar compartilhada, escuta qualificada e enfrentamento da gordofobia; e a incorporação de inovações como a telessaúde, a prescrição culinária e a articulação intersetorial para garantia da segurança alimentar e nutricional. Conclui-se que o nutricionista, ao atuar de forma integrada, humanizada e inovadora, constitui um agente estratégico para a qualificação da gestão da clínica, o aumento da resolubilidade da Atenção Primária e a organização de serviços orientados pela integralidade e equidade, contribuindo diretamente para os pilares da gestão estratégica em saúde no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Nutricionista; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

The inclusion of the nutritionist in the Family Health Strategy remains, in many contexts, restricted to dietary prescription, underutilizing their potential for interdisciplinary integration, care innovation, and the humanization of eating practices. This chapter aims to discuss the expanded role of the nutritionist in this setting, highlighting their contributions beyond the conventional diet. This is a narrative literature review, conducted in the PubMed, SciELO, LILACS, and CAPES portal databases, using specific descriptors combined with Boolean operators, covering publications between 2002 and 2026, totaling 22 selected studies. The results were organized into three axes: the

nutritionist as a matrix supporter, overcoming the prescriptive profile and strengthening interdisciplinarity; action in the expanded clinic, with shared home visits, qualified listening, and confronting fatphobia; and the incorporation of innovations such as telehealth, culinary prescription, and intersectoral articulation to ensure food and nutrition security. It is concluded that the nutritionist, by acting in an integrated, humanized, and innovative manner, constitutes a strategic agent for the qualification of clinical management, increased resolvability of Primary Health Care, and the organization of services guided by comprehensiveness and equity, directly contributing to the pillars of strategic health management in the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Nutritionist; Family Health Strategy; Primary Health Care; Comprehensiveness in Health; Humanization of Care.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se, nas últimas três décadas, como o principal modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, fundamentando-se nos atributos do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e orientação familiar e comunitária (ARCE; SOUSA, 2014; BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002). Nesse contexto, a incorporação do nutricionista às equipes de saúde, que ocorreu inicialmente por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, mais recentemente, por meio das equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (e-Multi), representou um avanço significativo na ampliação da resolubilidade da APS, ao introduzir o olhar especializado em alimentação e nutrição no território (BRASIL, 2008, 2023).

Tradicionalmente, a atuação do nutricionista esteve associada à prescrição de dietas no ambiente hospitalar ou ambulatorial especializado, uma imagem que ainda persiste no imaginário de muitos profissionais e usuários. Entretanto, a realidade da Saúde da Família exige um reposicionamento desse profissional: ele não é apenas o técnico que calcula necessidades calóricas ou corrige cardápios, mas um agente de integração, educação, humanização e transformação das práticas alimentares no contexto familiar e comunitário (FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017). Na ESF, o nutricionista atua como apoiador matricial, participa de visitas domiciliares, coordena grupos terapêuticos, realiza consultas compartilhadas e, sobretudo, traduz o conhecimento científico em

Capítulo 04

orientações factíveis, respeitando a cultura, a afetividade e as condições socioeconômicas das famílias (BORELLI et al., 2015).

A relevância científica e social deste tema reside na constatação de que, a despeito da crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sensíveis à alimentação (como obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemias), o potencial do nutricionista na ESF permanece subutilizado. Estudos apontam que as equipes frequentemente restringem seu acionamento a situações de doença já instalada, subestimando seu papel na prevenção, na promoção da saúde e na abordagem de determinantes sociais relacionados à insegurança alimentar e nutricional (COSTA et al., 2026; GEUS et al., 2011; RODRIGUES; BOSI, 2014). Além disso, a escassez de profissionais nos territórios, a sobrecarga de demanda e a indefinição de processos de trabalho interdisciplinares limitam a efetivação de um cuidado nutricional verdadeiramente integrado.

Outro aspecto que justifica a discussão é a necessidade de inovação no cuidado alimentar e nutricional no âmbito da Clínica Médica da Família. A incorporação de ferramentas como a entrevista motivacional, a prescrição culinária, os grupos de comensalidade e as tecnologias de telessaúde pode qualificar o cuidado e ampliar o acesso, ao mesmo tempo em que humaniza a relação profissional-paciente-família. Tais estratégias, contudo, ainda são incipientes na rotina dos serviços e carecem de sistematização na literatura científica (OLIVEIRA et al., 2024).

Objetivo: Discutir o papel do nutricionista na Estratégia Saúde da Família para além da prescrição dietoterápica convencional, evidenciando suas contribuições para a integração da equipe multiprofissional, a inovação nos processos de trabalho e a humanização do cuidado em saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa da literatura, elaborado com o objetivo de discutir aspectos relacionados à atuação ampliada do nutricionista na ESF. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Capítulo 04

Ciências da Saúde (LILACS) e no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando os descritores “Nutricionista”, “Estratégia Saúde da Família”, “Atenção Primária à Saúde”, “Equipe Multiprofissional”, “Cuidado Integral” e “Humanização”, combinados com seus equivalentes em inglês (“Nutritionist”, “Family Health Strategy”, “Primary Health Care”, “Multiprofessional Team”, “Comprehensive Care”, “Humanization”) e espanhol, por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos originais, revisões, ensaios teóricos e documentos oficiais do Ministério da Saúde brasileiro, publicados entre 2002 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra e que abordassem diretamente o papel do nutricionista na ESF ou na APS, com ênfase em ações além da consulta clínica individual e prescritiva. Foram excluídos estudos que tivessem como foco exclusivamente a dietoterapia hospitalar, materiais duplicados, resumos de congressos, cartas ao editor e publicações sem aderência ao objetivo proposto. Após a leitura de títulos e resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 22 publicações compuseram o corpus final de análise. Os conteúdos foram organizados em três eixos temáticos que estruturam a seção de resultados e discussão: matriciamento, apoio institucional e trabalho interdisciplinar; clínica ampliada, território e humanização; e inovação e perspectivas para o cuidado nutricional na ESF.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Apoio matricial, interdisciplinaridade e a desconstrução do nutricionista prescritor

A inserção do nutricionista na ESF materializa o conceito de apoio matricial, formulado no âmbito da Política Nacional de Humanização, segundo o qual um especialista oferece retaguarda técnica e pedagógica às equipes de referência, sem assumir a responsabilidade direta por todos os casos, mas construindo projetos terapêuticos singulares de forma compartilhada (CUNHA; CAMPOS, 2011). Na prática, isso significa que o nutricionista não é acionado apenas para “passar uma dieta” ao paciente diabético descompensado, mas participa ativamente das discussões de caso,

Capítulo 04

contribui para a elaboração de planos de cuidado que incluam a dimensão alimentar e capacita os demais profissionais para realizarem orientações básicas seguras.

Estudos demonstram que equipes com nutricionista matriciador identificam e manejam precocemente tanto a insegurança alimentar e nutricional em famílias quanto a perda de peso involuntária no idoso (SANTOS; BERNARDINO; PEDRAZA, 2021; MELO; MEDEIROS, 2020). A interdisciplinaridade se efetiva, por exemplo, quando o agente comunitário de saúde, treinado pelo nutricionista, reconhece em uma visita domiciliar que determinado idoso está consumindo apenas alimentos pastosos há semanas e comunica a equipe, disparando uma avaliação conjunta com fonoaudiólogo e médico para investigar disfagia e ajustar a consistência da dieta, preservando a segurança e o prazer alimentar.

A desconstrução da imagem do nutricionista como mero prescritor de dietas restritivas é um desafio cultural que perpassa a formação acadêmica e a socialização profissional. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Nutrição já apontam para a necessidade de um perfil generalista, humanista e crítico, apto a atuar no SUS (BRASIL, 2025). Entretanto, a transição do modelo biomédico e hospitalocêntrico para o modelo de atenção integral e comunitária ainda encontra resistências, tanto entre nutricionistas quanto entre médicos e enfermeiros (ZEMINIAN et al., 2024). A literatura indica que a educação permanente em saúde, realizada no interior das equipes, com discussão de casos reais e troca de saberes, é a ferramenta mais potente para consolidar o papel do nutricionista como apoiador do cuidado e não como consultor externo (COSTA et al., 2026).

3.2 Clínica ampliada, território vivo e humanização do cuidado alimentar

A Clínica Médica que se pratica na ESF é, ou deveria ser, uma clínica ampliada, que considera não apenas a doença, mas o sujeito em sua biografia, seu contexto familiar e seu território. A alimentação, nesse sentido, é um analisador privilegiado: o que se come, como se come, com quem se come e por que se come revelam determinantes sociais, econômicos e afetivos que nenhum exame laboratorial é capaz de capturar. O nutricionista, ao sair do consultório e adentrar o território (nas visitas domiciliares, nas feiras, nas cozinhas comunitárias, nas escolas, nos templos religiosos), acessa a “cozinha

Capítulo 04

real” das famílias e pode, a partir dela, construir estratégias alimentares que façam sentido existencial para as pessoas (FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017).

A humanização do cuidado alimentar pressupõe abandonar a postura normativa e culpabilizante que historicamente caracterizou as orientações dietéticas. Frases como “o senhor não pode comer feijoadada” ou “a senhora precisa cortar o açúcar” desconsideram a dimensão simbólica e cultural dos alimentos e produzem sofrimento psíquico, além de gerarem baixa adesão. Em contrapartida, ferramentas como a entrevista motivacional breve e os grupos operativos de educação alimentar e nutricional, coordenados pelo nutricionista, têm se mostrado efetivas para promover mudanças sustentadas de comportamento, pois partem da escuta ativa, da valorização do conhecimento prévio e da negociação de metas realistas (OLIVEIRA et al., 2024).

A visita domiciliar compartilhada entre médico de família, nutricionista e agente comunitário de saúde é um dos dispositivos mais potentes da clínica ampliada. Em uma única visita, é possível avaliar o estado clínico do paciente, observar a dinâmica familiar durante as refeições, inspecionar os alimentos disponíveis na despensa e na geladeira, identificar barreiras arquitetônicas para o preparo de alimentos (como fogões inacessíveis para idosos com mobilidade reduzida) e acionar a rede intersetorial quando constatada situação de insegurança alimentar grave (FERNANDES, 2020). Trata-se de uma prática que materializa a integração entre a Clínica Médica e a Nutrição, deslocando o centro do cuidado da doença para a vida concreta.

O cuidado humanizado também exige que o nutricionista esteja atento ao fenômeno da gordofobia estrutural presente nos serviços de saúde. Estudos relatam que pessoas com obesidade frequentemente se sentem constrangidas, julgadas e estigmatizadas nas consultas, o que as afasta do acompanhamento e agrava seu estado de saúde. Uma abordagem humanizada implica adotar perspectivas como o “Health at Every Size” (Saúde em Todos os Tamanhos) e o comer intuitivo, que enfatizam o bem-estar global, a reconexão com os sinais de fome e saciedade e o prazer alimentar, em vez da perseguição de um peso corporal idealizado (BRASIL, 2014; VARTANIAN; PORTER, 2016). O nutricionista da ESF, por sua inserção longitudinal, é profissional-chave para difundir essa cultura entre a equipe e os usuários.

3.3 Inovação e perspectivas: da telessaúde à prescrição culinária

A inovação no cuidado nutricional na ESF não se restringe à incorporação de tecnologias digitais, embora estas representem um campo promissor. A pandemia de COVID-19 acelerou a adoção da telessaúde, e as teleconsultas nutricionais, os grupos de WhatsApp para monitoramento de planos alimentares e os aplicativos de registro alimentar compartilhado passaram a integrar o cotidiano de muitas equipes (CAETANO et al., 2020). Tais ferramentas, quando utilizadas de forma complementar às atividades presenciais, podem ampliar o acesso, reduzir o absenteísmo e fortalecer o vínculo com usuários que têm dificuldade de deslocamento, como idosos, pessoas com deficiência e cuidadores sobrecarregados. Contudo, é preciso cautela para que a tecnologia não substitua o encontro humano nem acentue iniquidades, excluindo aqueles que não têm acesso à internet ou letramento digital, ferindo o princípio da equidade (STARFIELD, 2002).

No campo da inovação de processos, a prescrição culinária desponta como uma estratégia que integra educação alimentar, valorização cultural e empoderamento comunitário. Diferentemente da prescrição dietética tradicional, que lista alimentos permitidos e proibidos, a prescrição culinária propõe que a equipe de saúde (com protagonismo do nutricionista) oriente e realize oficinas práticas de preparo de refeições saudáveis, saborosas e acessíveis, utilizando ingredientes regionais. Essa abordagem, ancorada na educação alimentar e nutricional própria do matriciamento, resgata o saber-fazer culinário, muitas vezes perdido com a industrialização da alimentação, e promove autonomia e prazer (BORELLI et al., 2015). A prescrição culinária pode ser direcionada a famílias com crianças seletivas, a gestantes com diabetes, a idosos com disfagia (com adaptações de consistência) ou simplesmente a qualquer pessoa que deseje melhorar a qualidade da sua alimentação.

Outra inovação relevante é a incorporação de marcadores de consumo alimentar, como os propostos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), na consulta médica e de enfermagem. O nutricionista pode capacitar a equipe para aplicar e interpretar esses marcadores, transformando a avaliação nutricional em uma ação compartilhada, e não exclusiva do especialista. Dessa forma, o médico de família que

Capítulo 04

identifica um consumo frequente de ultraprocessados em um adolescente já pode iniciar uma intervenção breve e, se necessário, acionar o nutricionista para um acompanhamento mais aprofundado (BRASIL, 2012; JAIME et al., 2011).

Por fim, a intersetorialidade desponta como a inovação mais urgente e desafiadora. O nutricionista da ESF, por transitar entre a saúde, a assistência social, a educação e a agricultura, tem um papel estratégico na articulação de redes de apoio à segurança alimentar e nutricional no território. Mapear hortas comunitárias, feiras da agricultura familiar, bancos de alimentos, restaurantes populares e cozinhas solidárias, e conectar as famílias em vulnerabilidade a esses recursos, é uma forma de cuidado tão ou mais potente que qualquer prescrição dietética. A clínica ampliada se realiza plenamente quando a equipe compreende que “a dieta” mais importante pode ser o próprio acesso ao alimento (FERNANDES, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve como objetivo discutir o papel do nutricionista na Estratégia Saúde da Família para além da prescrição dietoterápica convencional. A revisão da literatura evidenciou que esse profissional, quando atua como apoiador matricial, agente de humanização e promotor de inovações no cuidado, contribui significativamente para a integralidade, a longitudinalidade e a resolubilidade da APS.

As principais contribuições da discussão apontam que: (a) a desconstrução do nutricionista prescritor e sua consolidação como apoiador interdisciplinar dependem de processos contínuos de educação permanente nas equipes; (b) a humanização do cuidado alimentar exige escuta qualificada, respeito à cultura alimentar, combate à gordofobia e utilização de ferramentas como a entrevista motivacional e os grupos operativos; (c) a inovação, seja por meio da telessaúde, da prescrição culinária ou da articulação intersetorial, amplia as possibilidades de atuação e aproxima o cuidado nutricional da realidade concreta das famílias.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o caráter narrativo da revisão, que não permite esgotar a totalidade da produção científica sobre o tema e pode refletir a subjetividade do autor na seleção e interpretação das fontes. Recomenda-se que pesquisas

futuras investiguem, com desenhos quantitativos e qualitativos robustos, o impacto das diferentes modalidades de inserção do nutricionista na ESF sobre indicadores de saúde, satisfação do usuário e custo-efetividade do sistema.

Em termos práticos, sugere-se que gestores municipais priorizem a contratação de nutricionistas para as equipes multiprofissionais, que as instituições formadoras revisem seus currículos à luz das necessidades do SUS e que as próprias equipes de saúde da família se abram à potência do cuidado alimentar partilhado. Muito além da dieta, o nutricionista na ESF é um construtor de pontes: entre o saber técnico e o saber popular, entre a clínica e o território, entre o alimento e o afeto.

REFERÊNCIAS

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 62–68, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010010>.

BORELLI, M. et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2765–2778, set. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13902014>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 18, p. 38–40, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68 p. ISBN: 978-85-60700-59-2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. ISBN: 978-85-334-2176-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68–76, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1 - extra B, Brasília, DF, n. 96-B, p. 11, maio 2023.

Capítulo 04

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 2, de 15 de agosto de 2025. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 155, p. 26, 18 ago. 2025.

CAETANO, R. et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos de pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00088920, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.

COSTA, V. L. A. da et al. A percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família sobre a inserção do nutricionista nas unidades básicas de saúde de Teresina-PI. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 19, n. 7, p. e24599, jul. 2026. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.19n.7-036>.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

FERNANDES, R. de A. U. O direito humano a alimentação adequada e saudável e a política da assistência social: Reflexões sobre a integração entre os sistemas a partir da percepção dos trabalhadores do SUS. **Oikos: Política Social Em Debate**, v. 31, n. 2, p. 241–263, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.31423/oikos.v31i2.9851>.

FITTIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C.; ROMANO, V. F.. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 793–811, jul. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300021>.

GEUS, L. M. M. et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 797–804, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700010>.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 809–824, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000600002>.

MELO, C. L.; MEDEIROS, M. A. T. Atenção Nutricional à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde, sob a ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 6, p. e200168, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200168>.

OLIVEIRA, V. R. et al. O cuidar do adolescente com obesidade na Atenção Primária à Saúde: Perspectivas de Gestores e Profissionais. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, p. e92118, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92118>.

RODRIGUES, D. C. M.; BOSI, M. L. M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 6, p. 735–746, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-52732014000600008>.

Capítulo 04

SANTOS, E. E. S.; BERNARDINO, Í. M.; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família no interior da Paraíba. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 110–121, jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010412>.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002. 726 p. ISBN: 85-87853-72-4.

VARTANIAN, L. R.; PORTER, A. M. Weight stigma and eating behavior: A review of the literature. **Appetite**, v. 102, p. 3–14, jul. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.034>.

ZEMINIAN, L. B. et al. Formação do nutricionista para atuação na Atenção Primária à Saúde: perspectiva de docentes. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Universidade Federal de Juiz de Fora, v. 26, jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.38156>.