DA VULNERABILIDADE AO PLANEJAMENTO: COMO A ATENÇÃO PRIMÁRIA PODE TRANSFORMAR DESIGUALDADES EM PRIORIDADES DE CUIDADO

FROM VULNERABILITY TO PLANNING: HOW PRIMARY HEALTH CARE CAN TURN INEQUALITIES INTO CARE PRIORITIES

https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-083

Henrique de Sousa Santos
Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil
E-mail: hs2403830@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-3578-2906

Ivo Eduardo Amaral Vignardi
Acadêmico de Medicina pela Unisul, Tubarão – SC
E-mail: ivoedu123@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0008-9535-5109

Josiane Cristina Ferraz Borin Mezacasa
Acadêmico de Enfermagem pela UNILAGO
E-mail: josiane_borin@yahoo.com.br
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-8497-3351

Jaqueline da Silva Vieira Moreira
Acadêmico de Enfermagem pela UNILAGO
E-mail: enfermeirajakimoreira@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0009-7868-5883

Carlo Frederico Machado de Azevedo Filho
Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil
E-mail: carlofrederico@terra.com.br
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-0988-6517

Giovani Serpa Baio
Acadêmico de Medicina pela Universidade Brasil
E-mail: giovani.sb@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-2522-8220

Lívia Placciti Godoy
Acadêmica de Medicina pela UNIFUNEC
E-mail: Placcitilivia@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5659-8369

Gabriella Cunha Alves Magalhães
Acadêmica de Medicina pela UNIFUNEC
E-mail: gabriella.cunha.magalhaes@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0002-9493-0198

Vinicius de Lima Lovadini
Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP
E-mail: viniciuslovadini@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9066-2160

Alessandra Cristiane Alves do Nascimento
Enfermeira pelo UNISALESIANO
E-mail: profalessandran@outlook.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0003-6315-4832

Silas Antonio Pereira
Graduando em Medicina pela Universidade Unisalesiano
E-mail: silasantonio1986@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0774-6465

Jéssica Aniely Souza Adamo
Mestranda em Ciências Ambientais pela Universidade Brasil
E-mail: Jhessy.aniely@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5215-9852

Resumo

O capítulo discute como informações sobre vulnerabilidade social podem ser convertidas em decisões de planejamento na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de revisão bibliográfica narrativa de caráter teórico-aplicado, apoiada em estudos brasileiros sobre Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos, PMAQ-AB, Programa Saúde na Escola, saúde bucal, deficiência e desigualdades de acesso. O objetivo é demonstrar que reconhecer Determinantes Sociais da Saúde não é suficiente se renda, raça/cor, escolaridade, ruralidade, deficiência e condições territoriais não modificarem a distribuição de recursos, profissionais, metas e estratégias assistenciais. As evidências mostram que políticas com desenho redistributivo ampliaram cobertura em áreas menos favorecidas, reduziram desigualdades na distribuição médica e diminuíram diferenças de desempenho entre equipes. Também persistem gradientes de acesso relacionados a renda, raça/cor, gênero e deficiência. Propõe-se uma lógica de planejamento em que territorialização, estratificação de vulnerabilidades, busca ativa, financiamento diferenciado e monitoramento desagregado orientem decisões locais. Conclui-se que equidade se torna prática de gestão quando as desigualdades deixam de ser apenas descritas e passam a definir prioridades concretas de alocação e acompanhamento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Equidade em Saúde; Planejamento em Saúde.

Abstract

This chapter discusses how information on social vulnerability can be converted into planning decisions in Primary Health Care. It is a narrative literature review with a theoretical and applied approach, based on Brazilian studies on the Family Health Strategy, the Mais Médicos Program, PMAQ-AB, the School Health Program, oral health, disability, and inequalities in access. The aim is to demonstrate that recognizing Social Determinants of Health is insufficient if income, race/skin color, education, rurality, disability, and territorial conditions do not modify the distribution of resources, professionals, targets, and care strategies. Evidence shows that redistributive policies expanded coverage in less advantaged areas, reduced inequalities in physician distribution, and narrowed performance gaps between teams. However, gradients in access related to income, race/skin color, gender, and disability persist. The chapter proposes a planning logic in which territorialization, vulnerability stratification, active outreach, differentiated financing, and disaggregated monitoring guide local decisions. Equity becomes a management practice when inequalities cease to be merely described and begin to define concrete priorities for resource allocation and follow-up.

Keywords: Health Equity; Health Planning; Primary Health Care; Social Determinants of Health.

1 INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais da Saúde aparecem com frequência em diagnósticos, planos e discursos institucionais. O problema surge quando essa informação não modifica a forma como recursos são distribuídos. Identificar que um território possui maior pobreza, população idosa, barreiras geográficas ou concentração de doenças tem pouco efeito se todas as equipes recebem metas, agendas e capacidade operacional idênticas.

Equidade transforma descrição em decisão. Na Atenção Primária, isso significa usar características do território para definir onde ampliar equipes, quais grupos necessitam de busca ativa, onde concentrar visitas domiciliares, como dimensionar agenda e quais indicadores precisam ser acompanhados. O planejamento deixa de partir apenas do volume de atendimentos e passa a considerar a distribuição das necessidades.

A experiência brasileira oferece exemplos de políticas que incorporaram mecanismos redistributivos. A Estratégia Saúde da Família expandiu-se fortemente em municípios menores e menos favorecidos; o Programa Mais Médicos priorizou áreas com escassez de profissionais; e o PMAQ-AB utilizou incentivos e avaliação para reduzir diferenças de qualidade. Essas experiências mostram que critérios de vulnerabilidade podem ser traduzidos em instrumentos de gestão.

O objetivo deste capítulo é discutir como a APS pode utilizar informações sociais e territoriais para transformar desigualdades em prioridades de cuidado, articulando territorialização, alocação de recursos, busca ativa, monitoramento e intersetorialidade.

2 METODOLOGIA

Foi realizada revisão bibliográfica narrativa de natureza teórico-aplicada, utilizando estudos brasileiros que avaliaram políticas e estratégias de Atenção Primária relacionadas a distribuição territorial, equidade, cobertura, qualidade e acesso. Foram consideradas evidências sobre Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos, PMAQ-AB, Programa Saúde na Escola, saúde bucal, deficiência e desigualdades sociais na utilização dos serviços.

A análise foi organizada como percurso de planejamento: diagnóstico territorial, definição de prioridades, escolha de mecanismos redistributivos, organização do processo de trabalho e monitoramento de resultados. Essa estrutura busca aproximar achados de pesquisas nacionais de decisões que podem ser tomadas por gestores e equipes no nível local.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A territorialização é o ponto de partida porque permite localizar desigualdades. Andrade et al. (2018) mostraram que a ESF se expandiu com maior intensidade em municípios pequenos, menos desenvolvidos e com menor cobertura privada. Giovanella et al. (2021) encontraram maior cobertura entre famílias de menor renda e escolaridade e em áreas rurais. Esses resultados sugerem que a política produziu redistribuição ao concentrar expansão em contextos com menor disponibilidade de alternativas assistenciais.

O planejamento local precisa reproduzir essa lógica dentro do município. Duas microáreas com população semelhante podem demandar intensidades diferentes de cuidado. Uma pode concentrar idosos sozinhos, famílias em insegurança alimentar e domicílios precários; outra pode possuir maior renda, mobilidade e acesso privado. Usar apenas número de habitantes invisibiliza essas diferenças.

O Programa Mais Médicos oferece exemplo de redistribuição de recursos humanos. Girardi et al. (2016) identificaram redução da escassez de médicos em áreas prioritárias. Russo (2021) demonstrou queda do coeficiente de Gini da distribuição de médicos da APS. O resultado reforça que critérios de alocação podem produzir maior equidade quando orientados por escassez e necessidade, e não apenas por demanda espontânea ou capacidade de atração dos municípios.

Quadro 1. Transformando vulnerabilidade em decisão de planejamento

Informação territorial	Decisão possível	Indicador para acompanhamento
Maior pobreza e insegurança social	Ampliar busca ativa, visitas e articulação com assistência social	Cobertura de acompanhamento por estrato de vulnerabilidade
Escassez de profissionais	Priorizar provimento e estratégias de fixação	Razão de profissionais por população e rotatividade
Barreira geográfica/ruralidade	Organizar atendimento itinerante, transporte e agenda ampliada	Tempo de deslocamento e absenteísmo por território
Maior carga de doença	Reforçar rastreamento, acompanhamento e gestão de casos	Controle de condições crônicas e perdas de seguimento
Desigualdade racial ou de gênero	Desagregar indicadores e revisar barreiras institucionais	Acesso, continuidade e desfechos por raça/cor e sexo

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Financiamento e avaliação também podem ser redistributivos. Kovacs et al. (2021) observaram redução das desigualdades socioeconômicas no desempenho das equipes ao longo dos ciclos do PMAQ-AB. Um dos aprendizados é que equipes localizadas em contextos mais difíceis não podem ser avaliadas como se partissem das mesmas condições. Incentivos e metas precisam considerar capacidade instalada e vulnerabilidade sem abandonar padrões de qualidade.

A acessibilidade para pessoas com deficiência mostra como médias gerais podem ocultar grupos. Kuper et al. (2024) identificaram melhora da acessibilidade física, mas persistência de lacunas assistenciais, especialmente em áreas mais pobres. O planejamento orientado por equidade precisa verificar quem não se beneficia dos avanços globais.

Raça/cor e gênero devem ser tratados como variáveis de gestão, e não apenas características demográficas registradas no prontuário. Cobo, Cruz e Dick (2021) encontraram desigualdades na utilização da APS relacionadas a esses marcadores. Quando indicadores são apresentados apenas como média municipal, diferenças relevantes desaparecem. Desagregar dados ajuda a identificar barreiras de procura, oferta e qualidade.

A saúde bucal oferece exemplo semelhante. Freire et al. (2021) associaram não acesso a menor renda e maior desigualdade municipal. Estudos mais recentes mostram redução de algumas desigualdades educacionais ao longo da expansão da política pública, mas persistência de diferenças por renda. Uma política pode melhorar a média e ainda manter gradientes sociais importantes.

Intersetorialidade precisa entrar no planejamento como fluxo definido. O Programa Saúde na Escola mostra potencial de aproximar saúde e educação, sobretudo em municípios com maior cobertura da ESF e maior vulnerabilidade. Contudo, atividades isoladas não constituem ação intersetorial. É necessário compartilhar diagnóstico, metas e acompanhamento.

No nível das equipes, o planejamento pode começar com poucos indicadores bem escolhidos. Percentual de gestantes com início tardio do pré-natal, internações por condições sensíveis, faltas repetidas,

controle de hipertensão, vacinação, visitas domiciliares e abandono de tratamento ganham maior sentido quando analisados por microárea e grupo social. O objetivo não é produzir mais planilhas, mas localizar onde o cuidado está falhando.

A busca ativa é um instrumento de equidade quando direcionada. Silva e Diaz-Quijano (2026) mostraram que estratégias de busca ativa de tuberculose apresentaram associação mais intensa com detecção em municípios socialmente vulneráveis. Em vez de aplicar a mesma intensidade de ação a todo o território, a APS pode concentrar esforços onde o risco e a probabilidade de perda de seguimento são maiores.

Planejamento orientado por DSS também exige revisão periódica. Territórios mudam: novas ocupações surgem, famílias se deslocam, serviços fecham, empregos desaparecem e eventos ambientais alteram condições de vida. Mapas de vulnerabilidade que não são atualizados rapidamente deixam de representar o cotidiano.

A participação comunitária acrescenta informação que sistemas administrativos não capturam. Conselhos locais, agentes comunitários e lideranças podem identificar barreiras de transporte, violência, insegurança alimentar ou discriminação antes que elas apareçam nos indicadores. Combinar dados quantitativos e conhecimento local melhora a capacidade de priorização.

Transformar desigualdade em prioridade não significa abandonar universalidade. Todos permanecem titulares do direito à saúde. A diferença é reconhecer que garantir acesso equivalente pode exigir intensidades diferentes de investimento. A equidade funciona como critério de distribuição dentro de um sistema universal.

3.1 ESTRATIFICAÇÃO DE VULNERABILIDADES SEM PRODUZIR ESTIGMA

Estratificar vulnerabilidades pode ajudar a distribuir recursos, mas também pode cristalizar rótulos se for utilizada sem cuidado. Classificar uma família como de alto risco deve servir para ampliar proteção e não para produzir vigilância excessiva ou julgamento moral. Os critérios precisam ser transparentes, revisáveis e baseados em necessidades relacionadas ao cuidado. Renda, moradia, deficiência, isolamento social e barreiras geográficas devem ser lidos como condições que exigem suporte adicional, e não como características que definem a identidade das pessoas.

A estratificação também precisa ser dinâmica. Uma família pode mudar rapidamente de situação após perda de emprego, adoecimento, separação, desastre ambiental ou chegada de um novo membro dependente de cuidados. Sistemas que atualizam risco apenas em ciclos longos tendem a perder essas mudanças. Agentes comunitários, acolhimento e reuniões de equipe podem funcionar como fontes de atualização contínua.

3.2 MATRIZ DE PRIORIDADES E GOVERNANÇA LOCAL

Uma forma prática de organizar decisões é cruzar magnitude do problema, vulnerabilidade social, capacidade de resposta e possibilidade de intervenção. Um agravo muito frequente pode não exigir a mesma prioridade em todas as microáreas; da mesma forma, um evento menos frequente pode demandar atenção imediata quando ocorre em grupo com alto risco de desfecho grave. A matriz de prioridades ajuda a tornar explícitos os critérios utilizados pela equipe e evita decisões baseadas apenas em pressão da demanda espontânea.

A governança local precisa definir quem acompanha cada prioridade, quais recursos serão usados e quando os resultados serão revistos. Metas sem responsável ou prazo tendem a permanecer como intenção. Reuniões de equipe podem reservar tempo específico para discutir desigualdades territoriais, e não apenas casos individuais. A gestão municipal, por sua vez, precisa fornecer dados comparáveis entre territórios e autonomia para ajustar respostas.

Financiamento diferenciado é uma das formas mais diretas de transformar prioridade em capacidade operacional. Territórios com maior dispersão geográfica, violência, população em situação de rua ou alta carga de doenças podem demandar mais tempo por usuário, transporte, equipamentos e profissionais. Se o financiamento ignora essas diferenças, equipes em contextos mais complexos passam a operar com menor capacidade relativa exatamente onde a necessidade é maior.

3.3 MONITORAMENTO DESAGREGADO E CICLOS DE MELHORIA

Indicadores agregados devem ser desdobrados sempre que possível. Uma cobertura vacinal municipal elevada pode coexistir com bolsões de baixa cobertura; bom controle médio de hipertensão pode esconder pior desempenho entre pessoas negras, moradores de áreas rurais ou usuários com deficiência. Desagregar indicadores por território e grupo social transforma a avaliação em ferramenta para localizar iniquidades.

O monitoramento precisa gerar ação. Após identificar uma diferença, a equipe deve formular hipótese, testar intervenção e verificar se o resultado mudou. Esse ciclo aproxima equidade de métodos de melhoria da qualidade. Se faltas são maiores em determinada microárea, pode-se avaliar horário, transporte, comunicação ou barreiras de acolhimento; se rastreamento é menor entre homens, pode-se testar ações em locais e horários compatíveis com trabalho e circulação.

Resultados precisam ser discutidos com a população. Painéis simples, reuniões locais e devolutivas ajudam a validar interpretações e revelar causas não visíveis nos dados. Um aumento de faltas pode decorrer de mudança de rota de ônibus, e não de falta de interesse; baixa adesão a determinada atividade pode refletir insegurança no território. A leitura compartilhada reduz o risco de intervenções inadequadas.

3.4 EQUIDADE COMO CRITÉRIO PERMANENTE DE DECISÃO

A incorporação dos DSS ao planejamento não deve depender de projetos temporários. Perguntas sobre quem está sendo menos alcançado, quais territórios concentram piores indicadores e onde recursos são insuficientes precisam integrar decisões rotineiras. Isso inclui construção de agenda, distribuição de visitas, definição de ações coletivas, encaminhamentos, contratação e educação permanente.

Também é necessário equilibrar priorização e acesso universal. Reservar maior capacidade para grupos com maior necessidade não pode criar barreiras para os demais usuários. O desenho deve preservar portas abertas e, ao mesmo tempo, garantir que demanda espontânea não consuma todo o tempo disponível, impedindo busca ativa e acompanhamento de pessoas que raramente procuram o serviço.

Quando equidade se torna critério permanente, planejamento passa a ser processo contínuo de redistribuição. A equipe observa diferenças, intervém, avalia e ajusta. Esse movimento evita que mapas de vulnerabilidade sejam apenas anexos de planos municipais e os transforma em instrumentos de trabalho cotidiano.

3.5 PRIORIZAÇÃO TRANSPARENTE E RESPONSABILIDADE PÚBLICA

Toda priorização envolve escolhas e, por isso, precisa ser transparente. Quando uma equipe decide concentrar visitas em determinada microárea ou reservar agenda para um grupo de maior risco, os critérios devem ser compreensíveis para trabalhadores e população. Transparência reduz a percepção de privilégio e mostra que a distribuição diferenciada busca compensar desigualdades de necessidade e acesso. Registrar critérios também facilita revisão posterior e evita que prioridades sejam definidas apenas por pressão política ou visibilidade de determinados grupos.

A prestação de contas pode ser simples e útil. Comparar indicadores antes e depois de uma intervenção, apresentar resultados em conselho local e discutir mudanças com agentes comunitários aproxima gestão e controle social. Se uma estratégia não reduz a desigualdade identificada, ela precisa ser revista. O compromisso não é com a manutenção de uma ação, mas com o problema que justificou sua criação.

Prioridades também disputam recursos entre si. Uma equipe pode identificar simultaneamente baixa cobertura vacinal, alto número de gestantes com início tardio do pré-natal e aumento de descompensações de diabetes. A escolha deve considerar magnitude, gravidade, vulnerabilidade, capacidade de intervenção e recursos disponíveis. Tornar esse raciocínio explícito ajuda a evitar que apenas demandas mais visíveis ocupem a agenda e cria base para negociação com a gestão municipal.

Por fim, planejamento orientado por equidade exige estabilidade institucional. Mudanças frequentes de indicadores, financiamento ou composição das equipes dificultam ciclos de melhoria e acompanhamento longitudinal. A capacidade de transformar DSS em prioridade depende de informação confiável,

trabalhadores estáveis e governança que preserve objetivos de longo prazo. Sem essas condições, o diagnóstico territorial corre o risco de produzir conhecimento preciso sobre desigualdades sem capacidade correspondente de enfrentá-las.

4 CONCLUSÃO

Os DSS ganham utilidade para a gestão quando deixam de ser apenas explicação para diferenças de saúde e passam a orientar decisões. Territorialização, provimento profissional, financiamento, busca ativa e avaliação podem ser desenhados de forma redistributiva, aproximando recursos das necessidades.

A experiência brasileira mostra que políticas como ESF, Mais Médicos e PMAQ produziram efeitos de equidade quando incorporaram critérios territoriais e socioeconômicos. Ao mesmo tempo, desigualdades por renda, raça/cor, gênero e deficiência persistem, demonstrando que cobertura média não é suficiente para avaliar justiça distributiva.

Uma APS orientada pelos DSS precisa desagregar indicadores, comparar microterritórios, identificar grupos insuficientemente alcançados e revisar prioridades continuamente. Equidade torna-se prática de gestão quando a pergunta deixa de ser apenas quantos foram atendidos e passa a incluir quem permaneceu fora, em qual território e por qual razão.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. et al. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). **Health Policy and Planning**, v. 33, n. 3, p. 368-380, 2018.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.

FREIRE, D. E. W. G. et al. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, e2020444, 2021.

GIRARDI, S. N. et al. Impact of the Mais Médicos Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GIOVANELLA, L. et al. The Family Health Strategy coverage in Brazil: what reveal the 2013 and 2019 National Health Surveys. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 1, p. 2543-2556, 2021.

KOVACS, R. et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 3, p. e331-e339, 2021.

KUPER, H. et al. Inclusion of disability in primary healthcare facilities and socioeconomic inequity in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, 39, 2024.

RUSSO, L. X. Effect of More Doctors (Mais Médicos) Program on geographic distribution of primary care physicians. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1585-1594, 2021.

SILVA, J. M. N.; DIAZ-QUIJANO, F. A. Social inequalities as effect modifiers of active case-finding strategies for tuberculosis in Brazil: an ecological study. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 120, n. 1, p. 9-17, 2026.

WACHS, L. S. et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, e00231021, 2022.