

## Rastreamento de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica à luz da sociedade de risco

*Screening for chronic disease in Primary Health Care: A critical analysis in light of the risk society*

Maria Izabel Sanches Costa<sup>1</sup>, Aurea Maria Zöllner Ianni<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-2898202514710656P

**RESUMO** O rastreamento é amplamente promovido na Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de detecção precoce de doenças crônicas não transmissíveis, sustentado pela promessa de antecipar e mitigar riscos. À luz da teoria da sociedade de risco, de Ulrich Beck, este estudo qualitativo e exploratório analisou cinco normativas — uma federal e quatro municipais de São Paulo — que regulam essa prática na APS. As normativas reforçam o rastreamento como componente central da gestão, priorizando metas, protocolos padronizados e atuação multiprofissional, mas sem discutir criticamente os riscos envolvidos. Sob a perspectiva de Beck, o rastreamento, embora preventivo em sua intenção, pode gerar efeitos adversos, como sobrediagnóstico, medicalização e iatrogenia, intensificando o controle técnico sobre a vida. A criação de categorias como pré-diabetes e pré-hipertensão exemplifica como o rastreamento redefine os limites entre saúde e doença, ampliando a demanda por cuidados e reduzindo a autonomia profissional. A análise revela que essa prática incorpora riscos autoproduzidos e desafia a ideia de segurança e previsibilidade. Conclui-se que é necessário repensar a centralidade do rastreamento nas políticas de saúde, reconhecendo seus limites e promovendo abordagens mais críticas e reflexivas na gestão do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Risco. Sobrediagnóstico. Medicalização.

**ABSTRACT** *Screening is widely promoted in Primary Health Care (PHC) as a strategy for the early detection of non-communicable chronic diseases, grounded in the promise of anticipating and mitigating risks. Drawing on Ulrich Beck's risk society theory, this qualitative and exploratory study analyzed five regulatory documents — one federal and four municipal (from São Paulo) — that govern this practice within PHC. These policies reinforce screening as a central component of health management, emphasizing targets, standardized protocols, and multiprofessional work. However, they fail to critically examine the risks involved. From Beck's perspective, although screening is preventive in intent, it can generate adverse effects such as overdiagnosis, medicalization, and iatrogenesis, intensifying technical control over life. The creation of categories such as pre-diabetes and pre-hypertension illustrates how screening redefines the boundaries between health and disease, expanding the demand for care while reducing professional autonomy. The analysis reveals that this practice incorporates self-produced risks and challenges the notion of safety and predictability. It concludes that the centrality of screening in health policies must be reconsidered, recognizing its limitations and fostering more critical and reflexive approaches to care management.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Risk. Overdiagnosis. Medicalization.*

<sup>1</sup>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.  
belcost@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

A prática do rastreamento na Atenção Primária à Saúde (APS) tem ganhado destaque internacionalmente<sup>1-3</sup> como uma estratégia fundamental para a detecção precoce de agravos à saúde e a organização do cuidado. Em diversos países, diretrizes e protocolos têm sido amplamente desenvolvidos e aprimorados para orientar sua implementação de forma sistemática. No Brasil, entretanto, essa discussão só começou a ser impulsionada a partir de 2010, quando uma normativa federal passou a estimular o rastreamento como parte da estruturação da APS<sup>4</sup>. Com esse estímulo inicial, a implementação dessa diretriz tem crescido nos últimos anos, com metas e indicadores preconizados para os profissionais da APS.

Diante desse cenário, este artigo analisa como as normativas da APS estimulam a prática de rastreamento de DCNTE abordam os riscos a elas associados. A discussão se concentrará nos impasses resultantes do incentivo às práticas de rastreamento na APS, com ênfase nos riscos autoproduzidos de sobrediagnóstico e iatrogenia. O objetivo é compreender de que modo a busca de controle e antecipação de agravos pode produzir novas vulnerabilidades, à luz da teoria da sociedade de risco de Beck<sup>5,6</sup>, bem como de autores que analisam criticamente as práticas médicas centradas na racionalidade biomédica, como Arouca<sup>7</sup> e Illich<sup>8</sup>.

No Brasil, a APS tem como responsabilidade fundamental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o fornecimento de cuidados integrais à saúde. Isso compreende a promoção da saúde, a prevenção da saúde, a detecção precoce e o acompanhamento de doenças, bem como a prestação de tratamento e reabilitação. A prevenção de doenças é um dos pilares fundamentais da saúde pública e pode ser dividida em diferentes níveis, cada um com um papel específico na promoção da saúde e na redução de riscos para o desenvolvimento de agravos.

A prevenção em saúde pode ser classificada em quatro níveis. A prevenção primária busca

evitar o surgimento de doenças por meio da eliminação de fatores de risco e da promoção de hábitos saudáveis, como vacinação e atividade física<sup>9,10</sup>. A prevenção secundária tem como foco a detecção precoce de doenças em estágios iniciais, utilizando estratégias como rastreamento e exames periódicos, fundamentais para reduzir a progressão de agravos crônicos<sup>11,12</sup>. Já a prevenção terciária visa a minimizar os danos e complicações causados por doenças já instaladas, promovendo reabilitação e melhoria da qualidade de vida<sup>13,14</sup>. Por fim, a prevenção quaternária propõe proteger os indivíduos de intervenções médicas desnecessárias, combatendo a medicalização excessiva e incentivando práticas éticas e centradas na autonomia do paciente<sup>4,15,16</sup>.

Além desses níveis de prevenção, a literatura destaca três categorias de estratégias preventivas que se complementam: “a manutenção de baixo risco, a redução de risco e a detecção precoce”<sup>4(17)</sup>. A manutenção de baixo risco busca garantir que indivíduos saudáveis permaneçam assim, evitando a exposição a fatores de risco<sup>15-18</sup>. Já a redução de risco foca em indivíduos ou populações com risco moderado a alto, buscando controlar ou reduzir a prevalência de doença<sup>19</sup>. Por sua vez, a detecção precoce visa a identificar sinais iniciais de doenças e promover a conscientização tanto de profissionais quanto da população em geral, como uma maneira eficaz de melhorar o prognóstico de doenças crônicas como câncer e diabetes<sup>20-22</sup>. A detecção precoce pode ser realizada tanto em consultas clínicas regulares, em que o paciente busca atendimento por um motivo específico, quanto em contextos onde não há demanda explícita por cuidados, como durante exames preventivos, campanhas de vacinação ou outros encontros com o sistema de saúde<sup>11</sup>.

Dois estratégias fundamentais na detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento<sup>4</sup>. A primeira estratégia foca em indivíduos que já manifestam sintomas, enquanto a segunda é uma medida voltada para a identificação de condições em populações

que ainda não apresentam sinais da doença. Isto é, o diagnóstico precoce envolve a identificação de uma doença em estágio inicial com base em sintomas, permitindo intervenções consideradas mais simples e eficazes. Esse conceito é amplamente discutido no campo da oncologia, onde a identificação precoce de cânceres pode reduzir significativamente a mortalidade, como defendem Stewart e Wild<sup>23</sup>. O rastreamento, por outro lado, refere-se à realização de exames em populações assintomáticas com o objetivo de identificar riscos ou doenças antes do surgimento de sintomas. O objetivo do rastreamento é detectar condições de risco ou doenças em estágios iniciais para possibilitar intervenções antes que os sintomas apareçam, com a justificativa de reduzir a morbimortalidade e melhorar os desfechos clínicos<sup>12,24</sup>. Embora eficiente para a detecção precoce de doenças, o rastreamento não está isento de riscos, como apontam Gates<sup>25</sup>, Gøtzsche<sup>26</sup> e Olmos<sup>16</sup>, uma vez que pode levar a intervenções desnecessárias em indivíduos saudáveis.

Os riscos autoproduzidos do rastreamento na APS podem se manifestar de duas formas principais: pela detecção de alterações biológicas que jamais se tornariam doenças reais (caracterizando o sobrediagnóstico) e, conseqüentemente, pela submissão de pessoas saudáveis a tratamentos desnecessários, que podem, inclusive, ser prejudiciais — configurando situações de iatrogenia.

Beck<sup>6</sup> desenvolve a teoria da sociedade de risco para compreender as transformações pelas quais passaram as sociedades modernas, nas quais a produção e a gestão dos riscos tornaram-se elementos estruturantes. Na transição da primeira modernidade, centrada na distribuição de riqueza, a qual o autor denomina modernidade reflexiva, os riscos deixam de ser predominantemente externos e passam a ser fabricados pelo próprio avanço técnico-científico e industrial. Para Beck, o risco não é apenas uma ameaça física ou externa à sociedade, como os desastres naturais, mas uma construção social, na qual a percepção do

perigo é moldada por normas, representações culturais e significados subjetivos atribuídos coletivamente. Sob a perspectiva de Berger e Luckmann<sup>27</sup>, essa construção ocorre por meio da interação cotidiana, na qual os indivíduos interpretam e atribuem sentidos às experiências vividas, transformando-as em realidades socialmente objetivas. Assim, o risco não é um dado absoluto, mas um fenômeno produzido e sustentado pela ordem simbólica e institucional da sociedade.

Nesse contexto, a noção de modernidade reflexiva, proposta por Beck<sup>5</sup>, caracteriza-se como um momento em que as consequências não intencionais do próprio processo de modernização passam a ocupar o centro da vida social. Trata-se de uma fase em que as instituições são forçadas a refletir criticamente sobre os fundamentos e os efeitos do desenvolvimento industrial, científico e tecnológico que sustentaram a primeira modernidade. A reflexividade não diz respeito apenas à autorreflexão individual, mas à reconfiguração estrutural dos sistemas sociais diante dos riscos por eles mesmos produzidos<sup>5,28</sup>. A ciência, por exemplo, que antes legitimava o progresso, passa a ser questionada por gerar incertezas que não consegue controlar, enquanto o conhecimento especializado deixa de garantir segurança plena. Assim, na modernidade reflexiva, os riscos se tornam “globais, invisíveis, incalculáveis e de causalidade difusa”<sup>5(27)</sup>, exigindo novas formas de gestão social, política e institucional.

Dessa forma, um aspecto central da modernidade reflexiva é a individualização do risco<sup>6</sup>, em que os indivíduos são progressivamente responsabilizados pela gestão das incertezas da vida, inclusive aquelas relacionadas à saúde, frequentemente sem o respaldo de redes institucionais de apoio. Soma-se a isso a crescente desconfiança nas instituições encarregadas de controlar tais riscos, o que acentua a percepção de vulnerabilidade social.

No campo da saúde, essa perspectiva permite problematizar o rastreamento como prática que, embora orientada pela prevenção,

pode intensificar a medicalização, gerar sobrediagnósticos e induzir intervenções desnecessárias. A classificação de indivíduos saudáveis como 'pré-doentes' exemplifica como o rastreamento redefine fronteiras entre normalidade e patologia, ampliando a produção de riscos no próprio ato de tentar mitigá-los. Portanto, é imprescindível que se debatam os riscos associados a essa estratégia de prevenção, sobretudo diante do crescente estímulo à sua adoção pelas normativas que regulamentam a APS no SUS<sup>4,29</sup>. Dessa forma, ao olhar a prática de rastreamento como uma política pública implementada na APS, porta de entrada para os demais níveis de atenção, compreende-se que suas ações repercutem em toda a rede, impactando o sistema de saúde como um todo.

## Material e métodos

Foram selecionadas todas as normativas existentes que abordam o rastreamento na APS, tanto no âmbito federal quanto no município de São Paulo. Trata-se de uma normativa federal

e quatro normativas municipais, emitidas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que estabelecem diretrizes e protocolos para a atuação das equipes da APS nesse território.

Este estudo foi realizado no município de São Paulo, maior metrópole brasileira e latino-americana, que se destaca pela magnitude de sua população, diversidade territorial e pela abrangência de sua rede pública de saúde. Com mais de 400 Unidades Básicas de Saúde e mais de 1.200 equipes de base comunitária, a cidade possui uma estrutura robusta de APS, o que a torna um cenário estratégico para a análise de políticas públicas. Além do porte e da cobertura, o município elabora normativas próprias para a APS, com diretrizes que organizam o trabalho das equipes por meio de metas, protocolos e indicadores, incluindo os voltados ao rastreamento. Dada sua capacidade normativa e influência, essas diretrizes locais tendem a impactar outras regiões do País, reforçando a centralidade de São Paulo no contexto do SUS.

O quadro a seguir apresenta os documentos analisados:

Quadro 1. Documentos federais e do município de São Paulo que orientam a prática de rastreamento na APS

Documento	Esfera
Cadernos de Atenção Primária, n. 29 <sup>4</sup>	Federal
Diretrizes da Atenção Básica <sup>29</sup>	Municipal
Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde - eMulti: Documento Norteador <sup>30</sup>	Municipal
Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo <sup>31</sup>	Municipal
Protocolo Clínico Prático para Diabetes Mellitus e Hipertensão na Atenção Primária à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo <sup>32</sup>	Municipal

Fonte: elaboração própria.

Com base na metodologia de análise documental de Bardin<sup>33</sup> e Cellar<sup>34</sup>, realizou-se, inicialmente, uma leitura preliminar de cada normativa, seguida por uma análise aprofundada, com o objetivo de verificar quatro aspectos

principais: (1) como a normativa define o rastreamento; (2) quais são as indicações para sua realização; (3) quais orientações são fornecidas para sua implementação; e (4) de que forma o risco associado à prática de rastreamento é

abordado (ou não) e quais procedimentos são recomendados nesses casos. Os dados foram analisados à luz da teoria da sociedade de risco de Beck<sup>5,28</sup>, bem como de autores que analisam criticamente as práticas médicas centradas na racionalidade biomédica, como Arouca<sup>7</sup> e Illich<sup>8</sup>.

## Resultados

### Normativa federal

Baseado em Wilson e Jungner<sup>12</sup>, o 'Caderno da Atenção Primária – Rastreamento' define o rastreamento como "prática baseada em evidências, cuja implementação deve obedecer a critérios rigorosos previamente estabelecidos"<sup>4(21)</sup>. A abordagem baseada em evidências é definida como "a integração da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica e das preferências do paciente"<sup>35(1)</sup>, com o objetivo de apoiar decisões clínicas mais seguras, eficazes e custo-efetivas<sup>25</sup>. Originada na medicina nos anos 1990, a prática baseada em evidências expandiu-se para outras áreas da saúde e tem sido reconhecida como uma mudança de paradigma na educação e na assistência à saúde atualmente<sup>36</sup>.

Destaca que a eficácia, segundo a abordagem da prática baseada em evidências, depende da comprovação de que os benefícios superam os riscos e custos, devendo visar ao impacto positivo na morbimortalidade da população-alvo. Reforça a importância de ampla cobertura populacional, acesso facilitado aos exames e comunicação clara sobre riscos e benefícios, garantindo adesão informada. Indica como principais alvos o câncer de mama e de colo do útero, hipertensão e diabetes, desde que haja critérios clínicos e epidemiológicos sólidos. Alerta para riscos como falsos positivos e negativos, iatrogenia e danos psicológicos, recomendando avaliação contínua e reflexão ética sobre a prática.

### Normativas municipais

Foram analisadas quatro normativas municipais que regulam a APS no município de São Paulo, com destaque para a forte ênfase nas práticas de rastreamento populacional. As Diretrizes da Atenção Básica<sup>29</sup> priorizam a saúde da mulher, recomendando o rastreamento do câncer de mama e colo do útero com exames periódicos e busca ativa de usuárias, além de ações voltadas à infância, à população negra e ao rastreamento do câncer de próstata. Apesar da abrangência, não há menção aos riscos do rastreamento, como sobrediagnóstico.

O Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>31</sup> considera o rastreamento essencial para detectar precocemente hipertensão, diabetes e obesidade, orientando ações mensais de busca ativa e campanhas educativas. Embora recomende a confirmação de resultados antes do início de tratamentos, também não aborda os possíveis efeitos adversos.

O Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de DCNT<sup>32</sup> foca no rastreamento do diabetes e pré-diabetes, destacando a atuação conjunta da equipe multiprofissional para a detecção precoce e o encaminhamento adequado. O documento sugere atenção para evitar diagnósticos equivocados, mas não explicita os riscos relacionados à prática.

Por fim, o Documento Norteador da Equipe Multiprofissional – eMulti<sup>30</sup> amplia o escopo do rastreamento à detecção precoce de condições em crianças, gestantes e puérperas, como atrasos no desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista (TEA), sífilis e toxoplasmose. A normativa destaca a atuação baseada em evidências e ética profissional, mas também omite os potenciais efeitos adversos do rastreamento.

## Discussão

A análise das normativas federal e municipais analisadas revela que o rastreamento

tem ganhado destaque como uma estratégia central de prevenção na APS, com o objetivo de identificar precocemente doenças ou fatores de risco em populações assintomáticas. A prática é operacionalizada por meio de ações sistemáticas, como busca ativa, campanhas, realização de exames em faixas etárias específicas e acompanhamento de grupos prioritários. No Brasil, no âmbito do município de São Paulo, esse modelo é detalhado em diversas normativas que orientam rotinas clínicas para o rastreamento de cânceres (como mama e colo do útero), DCNT (hipertensão, diabetes, obesidade) e condições materno-infantis. As diretrizes locais organizam o trabalho preventivo das equipes da APS em torno de metas, protocolos e indicadores, com forte ênfase na ampliação da cobertura.

Essa valorização das ações de prevenção, especialmente de rastreamento, leva-nos a refletir sobre o que o sanitarista brasileiro Sérgio Arouca<sup>7</sup> chamou de dilema preventivista. Em sua tese de doutorado, Arouca analisou como a medicina preventiva surgiu historicamente como uma crítica à prática médica tradicional, baseada apenas no tratamento de doenças. A proposta preventivista defendia uma mudança na lógica do cuidado, colocando a prevenção no centro da atuação médica. Porém, segundo Arouca, essa mudança acabou incorporada pelo próprio sistema médico e pela lógica do capitalismo, que transforma a saúde, um valor essencial para a vida, em uma mercadoria. Assim, mesmo que a prática aparente promover benefícios, a prevenção pode se tornar parte de um modelo conservador, voltado mais para o controle da população e para o consumo de exames e procedimentos do que para a promoção real da saúde. No caso do rastreamento, isso significa que a prática, ao invés de apenas ajudar a prevenir doenças, pode também contribuir para o aumento da medicalização da vida<sup>8</sup>, produzindo diagnósticos e tratamentos que nem sempre são necessários<sup>15</sup>, e, portanto, produzindo novos riscos.

A normativa federal é a única que aborda de forma explícita os riscos associados ao

rastreamento, como falsos positivos, diagnósticos incorretos, intervenções desnecessárias e danos psicológicos. No entanto, a solução apresentada é que o rastreamento deve ser realizado apenas quando respaldado por evidências científicas, ou seja, se estudos médicos demonstrarem que os benefícios superam os potenciais danos, o rastreamento é considerado justificável. Essa abordagem nos remete à ideia de flexibilização dos riscos: qual risco vale a pena assumir? O de não saber se está doente ou o de se expor aos possíveis efeitos adversos de uma intervenção médica desnecessária? De acordo com a normativa, essa decisão deve ser orientada pelas evidências científicas, com a confiança de que a ciência é capaz de oferecer o melhor critério técnico para equilibrar riscos e benefícios.

A centralidade atribuída à ciência na formulação e legitimação das práticas de rastreamento evidencia uma concepção dominante de racionalidade técnico-científica, frequentemente apresentada como neutra, objetiva e universal. Essa perspectiva tende a desconsiderar os condicionantes históricos, políticos e institucionais que atravessam a produção do conhecimento, conferindo à ciência o papel de instância normativa responsável por definir o risco, indicar a conduta adequada e estruturar a ação em saúde. No entanto, como propõe Beck<sup>5</sup>, na modernidade reflexiva, a própria ciência torna-se fonte de incertezas e controvérsias, revelando seus limites diante dos riscos produzidos pelo próprio desenvolvimento técnico-industrial. A ciência, nesse cenário, deixa de ser apenas produtora de segurança e passa também a gerar inseguranças que ela não é capaz de controlar integralmente. Essa crítica encontra eco em outros autores. Arouca<sup>7</sup> chama atenção para o deslocamento do cuidado para práticas de vigilância permanente, promovido por uma lógica preventiva que amplia a medicalização da vida. Madel Luz<sup>37</sup> destaca como o modelo biomédico opera com uma racionalidade instrumental voltada à padronização e ao

controle, marginalizando os sujeitos e os saberes populares. Illich<sup>8</sup>, por sua vez, aponta a transformação de dimensões não patológicas da existência em objetos de intervenção médica, legitimada por uma ciência que expande continuamente seu campo de atuação. Dessa forma, quando orientada exclusivamente por evidências técnico-científicas, a prática do rastreamento reforça uma concepção restrita de ciência e ignora a complexidade dos processos sociais envolvidos na produção dos riscos e das condutas em saúde. A crítica que se coloca, portanto, não busca deslegitimar o conhecimento científico, mas propor uma leitura ampliada e contextualizada de seu papel, capaz de reconhecer seus limites e articular-se a outros saberes na definição das práticas preventivas.

A discussão sobre a flexibilização dos riscos pode ser aprofundada a partir da teoria da sociedade de risco de Beck<sup>5</sup>, que contribui para compreender como a ciência e a medicina desempenham um papel central na definição e gestão dos riscos na modernidade reflexiva. Beck argumenta que essas esferas não apenas produzem classificações e protocolos, mas também tornam o risco parte constitutiva da experiência cotidiana, colonizando dimensões da vida que antes eram organizadas por saberes subjetivos, sociais e culturais. A saúde pessoal constitui um exemplo ilustrativo desse processo. Ao incorporar sucessivos avanços tecnológicos e metodológicos, a medicina contemporânea redefine continuamente os critérios do que é considerado risco, incentivando práticas constantes de vigilância sobre os corpos e modos de vida, em uma dinâmica que amplia o campo da intervenção médica, mesmo na ausência de sintomas ou agravos.

No contexto do rastreamento, a colonização das decisões de saúde pelo saber técnico-científico se expressa na crescente medicalização da vida<sup>8</sup> cotidiana. Indivíduos assintomáticos, muitas vezes, sem plena autonomia crítica, são orientados a aderir a protocolos baseados em evidências científicas<sup>36</sup> que definem

condutas preventivas padronizadas. Essa dinâmica aprofunda a dependência com relação ao conhecimento institucionalizado, deslocando a capacidade de decisão do sujeito para os sistemas médicos e técnicos, que passam a mediar as escolhas individuais. A promessa de controle antecipado de doenças reforça a autoridade da ciência biomédica como reguladora da conduta em saúde, mesmo diante da instabilidade dos próprios critérios que orientam as práticas de prevenção.

Ivan Illich<sup>8</sup> oferece uma crítica contundente à medicalização da vida ao propor três formas de iatrogenia, que podem ser mobilizadas para compreender os efeitos adversos do rastreamento de doenças crônicas na APS. A iatrogenia clínica ocorre quando o rastreamento leva a diagnósticos precoces que desencadeiam tratamentos desnecessários ou com efeitos adversos, como medicamentos anti-hipertensivos que causam quedas em idosos. A iatrogenia social se expressa quando os sujeitos passam a organizar suas vidas em torno de exames e prescrições, reduzindo sua autonomia e naturalizando a identidade de 'paciente crônico', mesmo na ausência de sintomas. Já a iatrogenia estrutural se manifesta quando a própria cultura do cuidado é colonizada por uma lógica técnico-normativa, desvalorizando saberes locais e formas não médicas de lidar com o risco, o corpo e o envelhecimento. A prática do rastreamento, ao transformar riscos estatísticos em diagnósticos clínicos, produz intervenções que podem não apenas causar danos diretos, como efeitos colaterais de exames e tratamentos desnecessários, mas também enfraquecer a agência dos indivíduos e reforçar uma estrutura institucional centrada no controle e na vigilância, como apontado por Arouca<sup>7</sup>. Nesse sentido, a gestão dos riscos na modernidade reflexiva<sup>5</sup> assume uma forma altamente tecnicizada e flexibilizada. Ao mesmo tempo que promete proteção, ela aprofunda a vulnerabilidade subjetiva e coletiva diante das prescrições da racionalidade biomédica.

## Evidências científicas, risco e rastreamento

A teoria da sociedade de risco de Beck<sup>5</sup> oferece um marco analítico valioso para compreender como práticas preventivas na saúde, como o rastreamento sistemático de DCNT, inserem-se em uma lógica moderna de antecipação e controle de riscos. Na modernidade reflexiva, marcada pela consciência crescente de que os próprios avanços técnico-científicos geram novos perigos, intensifica-se a busca de estratégias que minimizem incertezas e previnam desfechos indesejáveis. A saúde pública, nesse contexto, opera sob a crença de que mais conhecimento, mais tecnologia e mais protocolos gerarão, inevitavelmente, melhores resultados. Tal questão está nos marcos da racionalidade moderna, baseada no inquestionável avanço científico.

A crença no progresso científico como motor para o aperfeiçoamento das intervenções em saúde sustenta grande parte das estratégias adotadas na saúde pública contemporânea. Essa perspectiva está fortemente ancorada na lógica da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se consolidou nas últimas décadas como um novo paradigma orientador das decisões clínicas e das políticas sanitárias. A PBE propõe uma integração entre o conhecimento científico mais atualizado, a experiência profissional acumulada e os valores e preferências dos pacientes, promovendo decisões mais informadas e, portanto, consideradas mais seguras<sup>35,36</sup>. A PBE, ao se apoiar em evidências empíricas, promete racionalizar a prática assistencial, garantindo maior efetividade das intervenções e uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Dessa forma, ela expressa a confiança moderna na ciência como via privilegiada para o enfrentamento de incertezas, na expectativa de que o acúmulo contínuo de dados e resultados torne as ações de saúde cada vez mais precisas, previsíveis e justificáveis. Os dados demonstram que tanto a normativa federal quanto as municipais analisadas orientam que todas as práticas de rastreamento

de DCNT devem ser baseadas em evidências científicas, acreditando que assim garantirão a isenção de riscos e uma atuação ética por parte dos profissionais. Sendo assim, a atuação ética do profissional ocorreria se sua decisão fosse tomada com base na ciência.

No contexto da sociedade de risco de Beck<sup>5</sup>, a confiança na PBE como fundamento técnico-científico para orientar decisões em saúde revela contradições significativas quando aplicada ao rastreamento. Embora a PBE proponha decisões clínicas mais seguras e efetivas, sua aplicação no campo da prevenção frequentemente opera com margens de incerteza que são invisibilizadas pelas próprias diretrizes técnicas. A produção científica que sustenta a eficácia de determinadas estratégias de rastreamento é, muitas vezes, marcada por conflitos de interesse, vieses de publicação e extrapolação de dados populacionais para contextos específicos, criando uma falsa sensação de controle e previsibilidade. Como argumenta Beck<sup>5</sup>, os riscos modernos não são plenamente conhecíveis ou mensuráveis, e a própria tentativa de controle pode gerar novos riscos, como a iatrogenia<sup>8</sup>, decorrente do rastreamento. Nesse cenário, a PBE deixa de ser apenas um instrumento de racionalização do cuidado e passa a operar como tecnologia de gestão do risco, muitas vezes reforçando a medicalização e contribuindo para a expansão de intervenções que produzem mais incertezas do que soluções. A promessa de precisão e segurança é substituída, assim, por uma dinâmica reflexiva, em que o conhecimento científico, ao invés de dissipar o risco, o redistribui sob novas formas, intensificando os efeitos adversos sobre a saúde individual e coletiva.

De acordo com Beck<sup>5</sup>, a modernidade introduziu avanços tecnológicos e científicos que expandiram nossa capacidade de prever e gerenciar riscos, possibilitando a criação de sistemas de controle mais sofisticados. No entanto, essas mesmas inovações também geraram novos perigos, muitas vezes invisíveis, incertos e de longo alcance, que escapam aos mecanismos tradicionais de regulação

e monitoramento. Um exemplo claro na saúde pública é a resistência antimicrobiana. Segundo Jensen<sup>38</sup>, a resistência antimicrobiana ocorre quando microrganismos, como bactérias, vírus e fungos, deixam de responder aos medicamentos que antes eram eficazes para combatê-los ou controlar sua ação. Isso significa que infecções comuns, como pneumonia ou infecção urinária, podem se tornar mais difíceis de tratar, exigindo medicamentos mais fortes, com mais efeitos colaterais e, muitas vezes, menos acessíveis. Essa resistência surge, principalmente, pelo uso excessivo ou inadequado de antibióticos, tanto em seres humanos quanto em animais, e também pela falta de medidas de prevenção e controle de infecções. Como resultado, a resistência antimicrobiana representa, hoje, uma ameaça crescente à saúde pública, pois compromete a eficácia de tratamentos e aumenta o risco de morte por infecções que antes eram facilmente tratáveis<sup>38,39</sup>. A teoria de Beck<sup>5</sup> nos ajuda a compreender que a questão vai além do uso descontrolado de medicamentos: envolve, também, a rápida introdução de sucessivas gerações de fármacos e substâncias criadas pela ciência farmacêutica na busca de controlar as bactérias, que acabaram estimulando mutações e contribuindo para o surgimento de microrganismos com resistência aumentada. Esse processo evolutivo foi intensificado tanto pelos avanços da biotecnologia quanto pelas formas como os cuidados em saúde são organizados e praticados<sup>40</sup>. Isto é, são riscos autoproduzidos pela própria tentativa de controle das bactérias pela indústria farmacêutica e pela medicina moderna.

A crítica de Illich<sup>8</sup> à medicina moderna, especialmente sua teoria da contraproduktividade institucional, é central para compreender esse fenômeno. Para o autor, a medicina moderna, ao expandir continuamente seu campo de atuação, ultrapassa o limiar em que seus benefícios se convertem em danos. Essa inversão ocorre em três níveis: clínico, quando os tratamentos produzem efeitos adversos superiores aos benefícios; social, quando a dependência

de especialistas e instituições enfraquece a autonomia das pessoas; e estrutural, quando os sistemas de saúde promovem uma organização da sociedade centrada na gestão técnica da vida, obscurecendo os determinantes sociais do adoecimento e despolitizando o cuidado. O rastreamento, ao criar categorias diagnósticas como pré-hipertensão, pré-diabetes e outras condições intermediárias, amplia o número de pessoas consideradas em risco e sujeitas a acompanhamento médico contínuo. Isso produz não apenas custos materiais e simbólicos, mas reforça a ideia de que a saúde é um estado instável, constantemente ameaçado, e que sua manutenção depende da vigilância técnica e do consumo permanente de serviços e produtos médicos. A medicina, nesse contexto, segundo Illich<sup>8</sup>, deixa de ser instrumento de proteção contra o adoecimento e passa a ser vetor de produção de insegurança e dependência. A crítica de Illich não está voltada à negação da ciência, mas à denúncia do momento em que a racionalidade biomédica se torna um fim em si mesma, colonizando dimensões existenciais da vida e reduzindo a capacidade dos sujeitos e das coletividades de compreender, enfrentar e cuidar do sofrimento com base em outros referenciais.

### Consequências do rastreamento

Nossa pesquisa identificou que o incentivo do rastreamento na APS pode gerar três efeitos principais: (1) o aumento da frequência de exames, expondo os usuários a novos riscos, inclusive à realização de procedimentos e ao uso de medicamentos que anteriormente não seriam considerados necessários; (2) a criação de novas categorias patológicas, como ‘pré-diabéticos’ e ‘pré-hipertensos’, que transformam indivíduos anteriormente considerados saudáveis em potenciais pacientes, sob a justificativa da prevenção precoce; e (3) a sobrecarga do sistema de saúde, resultante da maior demanda por exames, consultas e acompanhamento de casos decorrentes do sobrediagnóstico.

## Aumento da frequência de exames

Se toda a ação de rastreamento de DCNT se baseia na realização de exames, o incentivo à prática de rastreamento na APS tende a resultar em um excesso de exames realizados. Um exemplo disso é o rastreamento excessivo de câncer de próstata ou mama, que pode levar ao diagnóstico de tumores indolentes, os quais nunca causariam danos ao paciente. Esse processo pode desencadear intervenções desnecessárias, comprometendo a qualidade de vida<sup>41,42</sup>.

Três estudos realizados no Brasil identificaram a realização excessiva de exames de Papanicolau<sup>43</sup> e mamografias<sup>44,45</sup>. Fischer et al.<sup>43</sup> constataram que, entre 2006 e 2015, mais de 20 milhões de exames de Papanicolau foram realizados em mulheres fora da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, representando 23,12% do total de exames coletados no período. Já Rodrigues et al.<sup>44</sup> e Baquero et al.<sup>45</sup> apontaram a prática excessiva de mamografias, com uma porcentagem significativa de mulheres sendo submetidas a exames desnecessários, particularmente durante campanhas de conscientização no Brasil. O estudo de Rodrigues et al. revelou que 21% das mulheres avaliadas passaram por rastreamento excessivo, evidenciando que uma parcela substancial da população foi exposta a exames mais frequentes do que o recomendado. Esse excesso levanta preocupações quanto ao sobrediagnóstico, expondo as mulheres a procedimentos desnecessários, à ansiedade gerada por falsos positivos, à detecção de alterações que podem não requerer intervenção e à exposição desnecessária à radiação. A realização excessiva de mamografias, especialmente fora das faixas etárias recomendadas ou com intervalos inadequados, pode expor as mulheres a riscos desnecessários, como o aumento da chance de sobrediagnóstico, ansiedade causada por falsos positivos e a exposição cumulativa à radiação ionizante. Embora a mamografia seja um importante recurso na detecção precoce do câncer de

mama, seu uso indiscriminado pode resultar em efeitos adversos que superam os benefícios esperados<sup>26,42</sup>. Estudos apontam que a radiação, mesmo em baixas doses, quando acumulada ao longo do tempo, pode contribuir para o desenvolvimento de câncer induzido, especialmente em mulheres jovens<sup>46</sup>, gerando um efeito iatrogênico.

## Criação de novas categorias patológicas

O rastreamento, embora amplamente promovido como estratégia eficaz para identificar doenças em estágios iniciais, pode, paradoxalmente, contribuir para a transformação de indivíduos assintomáticos em pacientes, por meio do fenômeno do sobrediagnóstico. Essa condição ocorre quando exames identificam alterações que não evoluiriam para agravos clínicos significativos ao longo da vida, resultando em intervenções desnecessárias, ansiedade e exposição a riscos iatrogênicos. Um exemplo emblemático é o diagnóstico de pré-diabetes, em que muitos indivíduos classificados como em risco nunca desenvolverão diabetes tipo 2, especialmente se adotarem mudanças de estilo de vida<sup>47</sup>. No entanto, mesmo nesses casos, frequentemente, são submetidos a tratamentos farmacológicos precoces, como o uso da metformina, que pode resultar em danos iatrogênicos com o uso em longo prazo. Essa prática ilustra um processo de medicalização excessiva, conforme discutido por Illich<sup>8</sup>, no qual a medicina moderna converte variações naturais da vida em condições patológicas. A criação de categorias patológicas como pré-hipertensão ou pré-diabetes amplia o número de 'potenciais doentes', fomentando a dependência de medicamentos e reforçando a percepção de que a saúde está constantemente ameaçada.

## Sobrecarga do sistema de saúde

Um dos efeitos colaterais importantes das práticas de rastreamento na APS é a sobrecarga

do sistema de saúde, resultante do aumento da demanda por exames, consultas e acompanhamento clínico, especialmente em decorrência do sobrediagnóstico. As normativas das políticas de saúde desempenham um papel central nesse processo ao institucionalizarem o rastreamento como diretriz obrigatória para a atuação dos profissionais da ponta. Por meio da criação de linhas de cuidado, metas e indicadores de desempenho, essas normativas pautam a organização do trabalho na APS, reduzindo a margem de autonomia clínica e decisória dos profissionais. Embora, em tese, médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde possam exercer discricionariedade em suas condutas, na prática, acabam sendo cobrados a atingir metas específicas relacionadas ao rastreamento, como número de exames realizados, percentual de cobertura em campanhas ou consultas de seguimento. Essa lógica de gestão por indicadores impõe um modelo de cuidado centrado na detecção precoce e no monitoramento contínuo, mesmo em casos de baixo risco ou sem sintomas clínicos relevantes, como os classificados como pré-diabéticos ou pré-hipertensos. A consequência é o crescimento da demanda por consultas regulares, exames laboratoriais e prescrições medicamentosas, o que intensifica a pressão sobre a APS e, por efeito cascata, sobre os serviços de média complexidade, como os que realizam mamografias e outros exames especializados. Esse aumento artificial da demanda, impulsionado por diretrizes normativas mais do que por necessidade clínica real, pode comprometer a alocação racional de recursos, gerar filas e atrasos, reduzir a capacidade do sistema em responder a condições prioritárias e de maior gravidade, bem como deixar pouco tempo para atividades de promoção à saúde.

A adoção de um modelo de rastreamento normativo e padronizado, ancorado na lógica da racionalidade técnico-administrativa, reforça uma concepção medicalizante do cuidado e limita a capacidade reflexiva dos profissionais. Essa racionalidade, como analisou Arouca<sup>7</sup>, sustenta-se na busca de

previsibilidade, controle e eficiência operacional, orientando o sistema de saúde por meio de categorias gerenciais que subordinam os processos de cuidado à lógica dos meios e dos resultados. No caso do rastreamento, o que se observa é a transposição de instrumentos de racionalização da administração pública, como metas, protocolos e avaliação por desempenho, para o campo da clínica, o que tende a descontextualizar a prática em saúde e enfraquecer sua dimensão relacional, ética e política. O dilema preventivista descrito por Arouca<sup>7</sup> expressa justamente essa contradição: ao tentar antecipar e controlar a ocorrência de agravos, a prevenção amplia o poder normativo da medicina sobre os corpos, convertendo-se em instrumento de padronização e vigilância. A prevenção, nesse contexto, perde sua vocação emancipatória e passa a operar como mecanismo de captura da vida saudável pela lógica da intervenção permanente. O rastreamento, assim, torna-se vetor da expansão do campo médico sobre o cotidiano, transformando riscos estatísticos em diagnósticos, e sujeitos em potenciais doentes, reforçando a dependência do sistema de saúde e obscurecendo a potência crítica da saúde coletiva como projeto político de transformação social. A promessa de prevenção se converte em produção de mais demanda, mais medicalização e mais dependência do sistema, obscurecendo a dimensão emancipatória que deveria orientar a prática em saúde coletiva.

## Conclusões

A análise das normativas sobre rastreamento na APS revela que essa prática tem sido amplamente promovida como estratégia de antecipação de riscos, especialmente no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, a análise sociológica, à luz da teoria da sociedade de risco de Beck<sup>6</sup>, torna evidente que essa lógica preventiva, embora ancorada na promessa de maior controle sobre o futuro, pode produzir efeitos

adversos, como o sobrediagnóstico, a iatrogenia e a sobrecarga dos serviços de saúde. O rastreamento, ao medicalizar indivíduos assintomáticos e expandir o escopo da intervenção biomédica, reconfigura os limites entre saúde e doença, transformando incertezas em justificativas para ações cada vez mais padronizadas e invasivas.

Como apontado por Illich<sup>8</sup>, a medicina moderna, ao se tornar uma prática institucionalizada e tecnologicamente orientada, pode ultrapassar o ponto em que seus benefícios se transformam em danos, minando a autonomia individual e obscurecendo os determinantes sociais do processo saúde-doença. A crítica de Arouca ao 'dilema preventivista' é igualmente atual ao incorporar a prevenção como estratégia central, o sistema de saúde corre o risco de transformar a vigilância dos corpos em rotina, substituindo o cuidado por mecanismos de controle.

Nesse sentido, repensar a política de rastreamento na APS exige mais do que a revisão técnica de protocolos. Requer uma inflexão epistemológica e política que situe o cuidado em uma perspectiva ampliada, centrada nas necessidades dos sujeitos, na singularidade dos territórios e na promoção da autonomia. Entre os caminhos possíveis, destaca-se a incorporação da prevenção quaternária como princípio orientador da APS, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e preservar a integridade do cuidado. A crítica formulada neste estudo não se opõe à ideia de prevenção em si, mas às formas como ela vem sendo institucionalizada, frequentemente guiada

por uma racionalidade técnico-administrativa que transforma a antecipação de riscos em mecanismos de controle.

É fundamental promover uma reflexão crítica sobre os limites dessa racionalidade, reconhecendo que a gestão dos riscos na modernidade não elimina a incerteza, mas muitas vezes a reorganiza e a distribui sob novas formas, tecnicamente mediadas e institucionalmente legitimadas. Nesse contexto, repensar a centralidade do rastreamento na APS implica considerar não apenas seus benefícios potenciais, mas, também, os riscos invisíveis que essa prática produz, naturaliza e legitima. Muitas vezes, em detrimento de abordagens mais integradoras, dialógicas e emancipadoras do cuidado em saúde.

Este estudo possui algumas limitações. A análise concentrou-se em cinco normativas (uma federal e quatro municipais, de São Paulo), o que restringe a generalização dos achados para outros contextos do SUS. Além disso, o estudo é exclusivamente documental, não incorporando a perspectiva de profissionais ou usuários da APS, o que limita a compreensão sobre como as diretrizes são efetivamente interpretadas e aplicadas na prática.

## Colaboradoras

Costa MIS (0000-0002-9117-5089)\*, Ianni AMZ (0000-0003-1366-8651)\* participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Heidari K, Sajjadi S, Hadian R, et al. Establishment of health clinics as mass screening and referral systems for chronic non-communicable diseases in primary health care. *Int J Prev Med*. 2012;3(3):173-80. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22448310/>
- Gumas E, Lewis C, Horstman C, et al. The state of primary health care systems in ten high-income countries. *Eur J Public Health* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 maio 16];34(Supl 3):ckae144.298. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/doi/10.1093/eurpub/ckae144.298/7842999>
- Mercer AJ, Hossain S, Khatun J, et al. Screening for service needs in primary health care clinics: an evaluation in Bangladesh. *J Health Popul Dev Ctries*; 2005 [acesso em 2025 maio 16]. Disponível em: <https://www.longwoods.com/product/download/code/17647>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).
- Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.
- Beck U. Sociedade de risco mundial: em busca da segurança perdida. Lisboa: Edições 70; 2015.
- Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q7gtd>
- Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon Books; 1976.
- Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. New York: Blakiston Division, McGraw-Hill; 1965.
- Medina MG, Aquino R, Vilasbóas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? *Saúde debate* [Internet]. 2014 [acesso em 2025 maio 16];38(Esp):69-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/G59fGsKzHXY3FRqwVp6KzVj/?lang=pt>
- Gordis L. *Epidemiology*. 5ª ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2014.
- Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. *Ann Intern Med*. 1968;69(5):1085. DOI: [https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-69-5-1085\\_2](https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-69-5-1085_2)
- Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. *Basic epidemiology*. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2006.
- Fuster V, Kelly BB. Promoting cardiovascular health in the developing world: a critical challenge to achieve global health [Internet]. Washington, DC: National Academies Press; 2010 [acesso em 2025 maio 16]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/12815>
- Tesser CD. Uma articulação conceitual para boas práticas preventivas (ou para a prevenção quaternária). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2024 [acesso em 2025 maio 16];40(8):e00068123. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2024000801200](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2024000801200)
- Olmos RD. Sobrediagnóstico: prejudicando pacientes em nome da saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 16];25:e210636. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832021000101000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000101000)
- Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2001 [acesso em 2025 maio 16];30(3):427-32. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/30/3/427/665315>
- Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019

- [acesso em 2025 ago 26];23:e180435. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100261](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100261)
19. Mackenbach JP, organizador. Successes and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges. Maidenhead: Open Univ Press; 2013. (European Observatory on Health Systems and Policies series).
  20. Pena GP, Santos ATC, Pezzotti CM, et al. Registros de câncer de base populacional no Brasil: relevância, desafios e oportunidades. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2025 [acesso em 2025 maio 16];71(1). Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4878>
  21. Melo FBB, Figueiredo END, Panobianco MS, et al. Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 16];34:eAPE02442. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-em-unidades-basicas-de-saude/>
  22. Fletcher RH, Fletcher GS, Fletcher SW. *Clinical epidemiology: the essentials*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
  23. Stewart BW, Wild CP, organizadores. *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
  24. Holland WW, Stewart S. *Screening in disease prevention: what works?* Milton: Chapman and Hall/CRC; 2018.
  25. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician*. 2001;63(3):513-22.
  26. Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies, and controversy. *Lancet* [Internet]. 2012 [acesso em 2025 maio 19];380(9838):218. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612612161>
  27. Berger PL, Luckmann T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 34ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
  28. Giddens A. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Unesp; 1997.
  29. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). *Diretrizes da Atenção Básica* [Internet]. São Paulo: SMS; 2022 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=292447](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=292447)
  30. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). *Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti* [Internet]. São Paulo: SMS; 2022 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=338605](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=338605)
  31. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). *Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo*. São Paulo: SMS; 2023.
  32. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). *Cuidando de todos: DCNT – Protocolo clínico prático para diabetes mellitus e hipertensão na Atenção Primária à Saúde* [Internet]. São Paulo: SMS; 2023 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5\\_Protocolo\\_Linha\\_Cuidado\\_DCNT\\_%20APS\\_MSP.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5_Protocolo_Linha_Cuidado_DCNT_%20APS_MSP.pdf)
  33. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
  34. Cellard A. *A análise documental*. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, et al., organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.
  35. Sackett DL. *Medicina baseada em evidência: como praticá-la e ensiná-la*. Porto Alegre: Artmed; 2021.
  36. Ebell MH, Sokol R, Lee A, et al. How good is the evidence to support primary care practice? *Evid Based Med* 2017. DOI: <https://ebm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ebmed-2017-110704>

37. Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec; 2021.
38. Jensen CS. Antimicrobial resistance in the risk society: a Danish study on how veterinarians and human medical doctors construct risk through blaming. *Health Risk Soc.* 2024;26(1-2):75-92. DOI: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2023.2251542>
39. Davis MDM, Schermuly A, Rajkhowa A, et al. Risk individualisation and moral injury in the treatment of infection as impediments to the tackling of antimicrobial resistance. *Health Risk Soc.* 2024;26(5-6):222-39. DOI: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2024.2345614>
40. Ianni AMZ. Saúde pública e sociedade de risco. *Rev Direito Sanitário* [Internet]. 2008 [acesso em 2025 maio 19];8(3):38-56. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79371>
41. Steffen RE, Trajman A, Santos M, et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. *Physis* [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 16];28(2):e280206. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000200605](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200605)
42. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press; 2011.
43. Fischer ACP, Fischer EAP, Vaz FB, et al. Analysis of the excess of Papanicolaou tests in Brazil from 2006 to 2015. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 16];44(1):40-6. Disponível em: <https://journalrbgo.org/article/analysis-of-the-excess-of-papanicolaou-tests-in-brazil-from-2006-to-2015/>
44. Rodrigues TB, Stavola BD, Bustamante-Teixeira MT, et al. Sobrerrastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [acesso em 2025 maio 16];35(1):e00049718. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019000106001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000106001)
45. Baquero OS, Rebolledo EAS, Ribeiro AG, et al. Outubro Rosa e mamografias: quando a comunicação em saúde erra o alvo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 16];37(11):e00149620. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2021001105001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001105001)
46. Nelson HD, Fu R, Cantor A, et al. Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):244-55. DOI: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-0969>
47. Howells K, Bower P, Burch P, et al. On the borderline of diabetes: understanding how individuals resist and reframe diabetes risk. *Health Risk Soc.* 2021;23(1-2):34-51. DOI: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2021.1897532>

---

Recebido em 21/05/2025

Aprovado em 07/09/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Processo Fapesp nº 2022/11369-4

**Editora responsável:** Ingrid D'avilla Freire Pereira