DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE DADOS EM SAÚDE COM PLATAFORMA LOW- CODE : UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Development And Implementation Of A Health Data Management System Using A Low-Code Platform: An Experience Report

GAVI, Evandro de Oliveira

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko

Universidade Estadual de Campinas

Resumo:

O presente artigo descreve o desenvolvimento e a implementação de um aplicativo digital para gerenciamento de dados em um serviço público de psicanálise e matriciamento voltado a pessoas expostas à violência. Diante da dispersão e insegurança no armazenamento de informações clínicas e sociodemográficas, buscou-se uma solução segura, acessível e adaptada à baixa disponibilidade de recursos técnicos. Optou-se por uma plataforma *low-code* da Microsoft, permitindo o desenvolvimento do aplicativo mesmo sem equipe especializada em tecnologia da informação. A Ciência de Implementação (CI) e o framework CFIR foram utilizados como referencial teórico-metodológico, orientando a identificação de barreiras e facilitadores da adoção. Os resultados apontam alta aceitabilidade da intervenção, mas adoção parcial, dificultada por sobrecarga de trabalho e limitações técnicas. Treinamentos e ajustes incrementais foram implementados para ampliar o uso da ferramenta. A experiência sugere que, em contextos de recursos limitados, tecnologias *low- code*, aliadas à gestão participativa e à sistematização do processo de implementação, podem fortalecer a qualidade e segurança das informações em saúde.

Palavras-chave: Ciência de implementação; Sistemas de informação em saúde; Tecnologia em saúde.

Abstract:

This article describes the development and implementation of a digital application for data management in a public psychoanalytic and matrix support service aimed at individuals exposed to violence. Given the fragmentation and insecurity in storing clinical and sociodemographic information, a secure, accessible solution adapted to limited technical resources was sought. A Microsoft low-code platform was chosen, allowing the application to be developed without a specialized information technology team. Implementation Science (IS) and the CFIR framework were employed as a theoretical-methodological framework, guiding the identification of barriers and facilitators to adoption. The results indicate high acceptability of the intervention, but partial adoption, hindered by workload and technical limitations. Training sessions and incremental adjustments were implemented to expand the tool's use. The

experience suggests that in resource- limited settings, low-code technologies combined with participatory management and a systematic implementation process can enhance the quality and security of health information.

Keywords: Implementation science; Health information systems; Biomedical Technology.

INTRODUÇÃO

A tecnologia avançou de forma acelerada nas últimas décadas, oferecendo soluções inovadoras para problemas ainda sem resposta e aperfeiçoando práticas já consolidadas. Esse movimento impulsionou o crescimento exponencial da produção científica, ampliou o volume de dados disponíveis e expandiu o acesso a diferentes tecnologias, ao mesmo tempo em que estimulou a criação de novos frameworks de trabalho para organizar e potencializar esse conhecimento (Neto et al., 2020).

Neste contexto popularizaram-se dispositivos portáteis, especialmente os smartphones, capazes de acessar e processar informações complexas. Entre diversas áreas de utilização e pesquisa desses dispositivos móveis está a área da saúde, frequentemente referida como e-saúde (derivado de *eletronic*) ou m- saúde (derivado de móvel, em inglês *mobile health*, *mhealth*) (Afrizal et al., 2019).

Aplicativos móveis têm sido usados tanto por usuários quanto por profissionais, com foco em usabilidade, monitoramento remoto, telessaúde, lembretes, registros clínicos e apoio à decisão (Wiweko; Zesario; Agung, 2016; Souiki et al., 2021; Afrizal et al., 2019; Souiki et al., 2021; Banos et al., 2015).

Entretanto, o aumento da quantidade de dados gera desafios de organização, análise e segurança da informação, demandando o uso de *frameworks* (estruturas pré-montadas e organizadas com várias ferramentas que funcionam como o esqueleto do projeto) de gestão ágil como o SCRUM (S et al., 2024).

Embora existam ferramentas que buscam facilitar a criação de sistemas, o desenvolvimento de aplicativos pode ainda ser um processo demorado,

sobretudo em instituições sem equipes especializadas em tecnologia (Mozaffar et al., 2016).

O desenvolvimento de softwares *Low-Code e No-code (Low-Code Software Development* - LCSD), usados como sinônimos, surge como uma alternativa para esta questão, pois permite que profissionais sem formação técnica participem da criação de sistemas (Rokis, K.; Kirikova, M., 2022).

Outro desafio relevante é o hiato entre a produção científica e sua incorporação à prática, uma vez que estudos indicam que podem ser necessários até 20 anos para que uma inovação seja adotada rotineiramente, e menos da metade delas atinge esse patamar (Bauer; Kirchner, 2020). A Ciência da Implementação (CI) surge justamente para enfrentar esse intervalo, ao sistematizar o processo de incorporação de intervenções, identificar barreiras e facilitadores no contexto local e promover estratégias específicas de implementação (Bauer; Kirchner, 2020; Olswang; Prelock, 2015).

Em 2020 foi implementado em uma universidade pública brasileira um serviço de psicanálise e matriciamento voltado ao atendimento de pessoas expostas a situações de violência. A proposta contempla duas linhas de ação: grupos terapêuticos de abordagem psicanalítica breve (8 encontros por ciclo), um destinado a mulheres e outro a adolescentes; e atividades de matriciamento junto a profissionais da rede de saúde do município, com foco na discussão de casos e estratégias de cuidado (Lopes, 2023).

Para o ingresso nos grupos terapêuticos, os pacientes passam por entrevista clínica inicial, momento em que são coletados dados sociodemográficos e estabelecido o registro sistemático de frequência e relatos clínicos das sessões (Almeida, 2024).

No entanto, o registro dessas informações foi feito de forma dispersa e não padronizada, dificultando o acesso e comprometendo a segurança e coesão dos dados. Cada profissional utilizava diferentes formatos e plataformas, como documentos físicos, arquivos Word, Google Forms e nuvem pessoal.

Diante da dispersão e falta de padronização dos registros clínicos e

sociodemográficos, que comprometiam a segurança e a coesão das informações, tornou-se necessária a criação de um sistema unificado de gerenciamento de dados em saúde. Este artigo relata o desenvolvimento e a implementação de um aplicativo em plataforma low-code, analisado à luz da Ciência da Implementação e do framework CFIR, com o objetivo de apresentar sua estrutura, os desafios de adoção e as estratégias empregadas para superá-los em um contexto de escassez de recursos técnicos especializados.

DESENVOLVIMENTO

Metodologia

A solução buscou garantir acesso em tempo real aos dados sociodemográficos e clínicos, com coleta digital padronizada para evitar retrabalho e perdas de informação. Diante da equipe reduzida e da ausência de profissionais de informática, o aplicativo foi desenvolvido na plataforma low-code Microsoft Power Platform, permitindo armazenamento em nuvem, controle de permissões e padronização dos registros.

A base do sistema é um banco de dados relacional estruturado com base nas regras de Edgar F. Codd: integridade da entidade (uso de chaves primárias), integridade referencial (chaves estrangeiras entre tabelas como pacientes e grupos) e integridade de domínio (restrição de valores válidos por coluna) (Codd, 1970). Essa estrutura foi previamente modelada por meio do diagrama Entidade- Relacionamento (MER), o que facilitou a definição das tabelas, atributos e relacionamentos (Franck; Pereira; Filho, 2021).

Para alinhar a intervenção às necessidades locais, o planejamento seguiu os princípios da Ciência da Implementação (CI), utilizando o **CFIR – Consolidated Framework for Implementation Research**. Esse *framework* permitiu mapear, por meio de reuniões de equipe, fatores influentes em cinco dimensões: características da intervenção, contexto externo, contexto interno, características dos indivíduos e processo de implementação. A equipe de profissionais foi considerada a principal parte interessada (*stakeholder*), visto que o aplicativo seria usado exclusivamente por eles para preenchimento do BD.

O presente estudo enquadra-se como um relato de experiência de natureza descritiva. Por tratar de dados secundários institucionais já existentes, sem identificação individualizada dos sujeitos, foi dispensado o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto na Resolução CNS nº 466/2012 e na Resolução CNS nº 510/2016.

Resultados

Para contextualizar a implementação do aplicativo, utilizou-se o framework CFIR. Quanto à intervenção, foi desenvolvida internamente, com alta aceitabilidade e vantagem relativa frente às práticas anteriores de registro. No cenário externo, observou-se baixa pressão institucional para a adoção tecnológica, o que reduziu estímulos à consolidação da mudança. No cenário interno, a receptividade da equipe e o comprometimento da liderança refletiram alta prontidão organizacional. Em relação aos indivíduos, os profissionais estavam alinhados com os objetivos do sistema, mas a sobrecarga de trabalho e as restrições técnicas limitaram o uso contínuo. Por fim, no processo de implementação, a condução colaborativa permitiu definir funcionalidades prioritárias, embora tenham surgido obstáculos na fase de execução e no uso cotidiano.

A estrutura do aplicativo baseia-se em um modelo entidade- relacionamento (MER), composto por tabelas interligadas por chaves primárias e estrangeiras e resumidas no Quadro 1. Cada tabela cumpre funções específicas, como o armazenamento de dados sociodemográficos, evoluções clínicas, frequência em grupos e controle de permissões. A organização em múltiplas tabelas evita redundância e assegura a integridade dos dados.

Quadro 1 - Lista de Tabelas (Entidades) e seus atributos

Tabela	Colunas
Cadastro de Pacientes	pct_ID (chave primária), Nome, Idade, Gênero, Endereço, Dados sociodemográficos
Evoluções de Pacientes	evolucao_ID (chave primária), pct_ID (chave estrangeira), Data, Profissional, Relato de Evolução
Grupos Psicoterápicos	grupo_ID (chave primária), Tipo (adolescentes, mulheres, ambiência), Datas

Grupos - Participantes e Evoluções	grupo_evol_ID (chave primária), grupo_ID (chave estrangeira), pct_ID (chave estrangeira), Data, Ocorrências
Segurança de Acesso	prof_ID (chave primária), Nome, E-mail, Linha de Ação, Data de Autorização, Permissões
Participantes Matriciamento	part_ID (chave primária), Nome, Profissão, Local de Trabalho
Encontros Matriciamento	enc_ID (chave primária), Data, Tema Planejado
Encontros - Participantes e Detalhamento	enc_part_ID (chave primária), enc_ID (chave estrangeira), part_ID (chave estrangeira) Detalhes
Certificados de Eventos	cert_ID (chave primária), Evento, Participantes Elegíveis, Entrega do Certificado

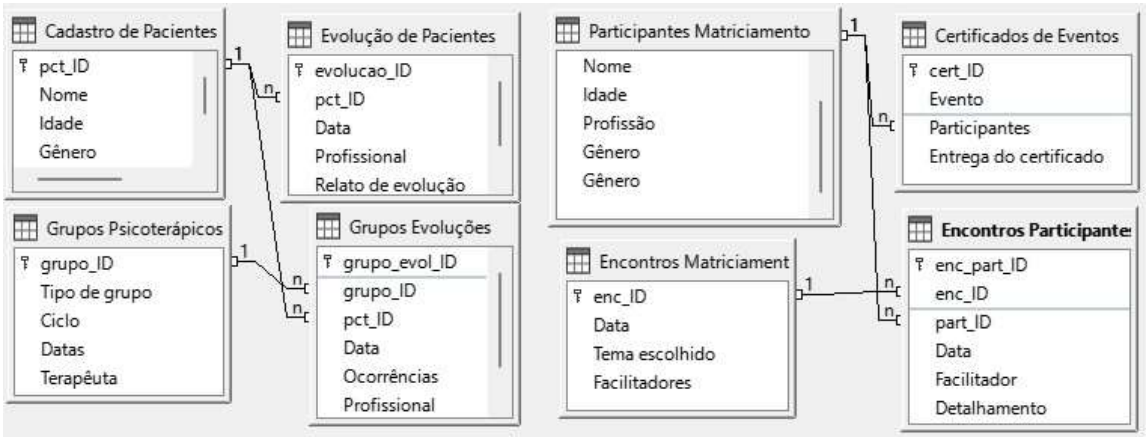
Fonte: Elaboração própria, 2025.

O aplicativo foi concebido para ser modular e escalável. Novas tabelas e funcionalidades podem ser adicionadas conforme a expansão do serviço, como um módulo de pendências por linha de trabalho.

A organização das tabelas segue uma lógica relacional: a de Evoluções, por exemplo, vincula-se ao Cadastro de Pacientes por meio da chave estrangeira pct_ID, permitindo recuperar todas as anotações clínicas de um paciente. De forma semelhante, as tabelas de grupos registram participantes e relatos de cada encontro, enquanto a de Segurança de Acesso controla permissões e restringe funcionalidades por linha de atuação. As relações completas entre as tabelas estão representadas no MER de cada linha de cuidado (Figura 1).

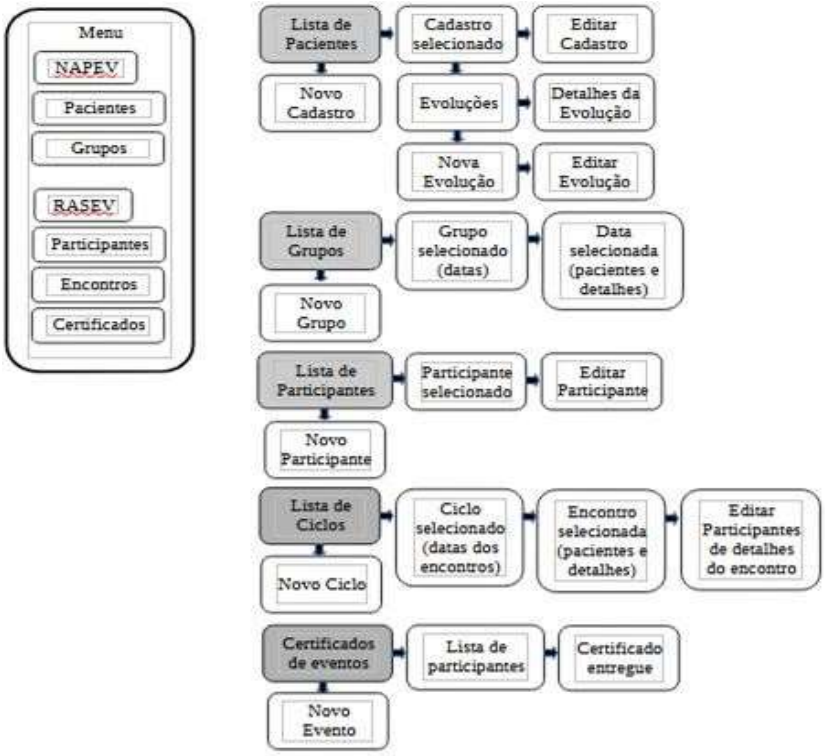
O aplicativo é estruturado a partir de um fluxo de telas interativas voltadas à consulta, edição e inserção de dados nas tabelas supracitadas, com exceção da tabela “Segurança de Acesso”, que condiciona a visualização de seções e funcionalidades específicas (Figura 2). As telas são organizadas por linha de cuidado: na de grupos terapêuticos, a navegação se inicia pela lista de pacientes; na de matriciamento, pela lista de participantes (Figura 3). Usuários com perfil de administrador, como a coordenação, têm acesso a todas as seções, enquanto cada paciente ou participante pode ser selecionado para exibir seucadastro, com botões para edição (conforme permissões) e para acessar evoluções ou encontros.

Figura 1 - Entidades e seus relacionamentos



Fonte: Elaboração própria, 2025

Figura 2 - Fluxo de navegação do aplicativo

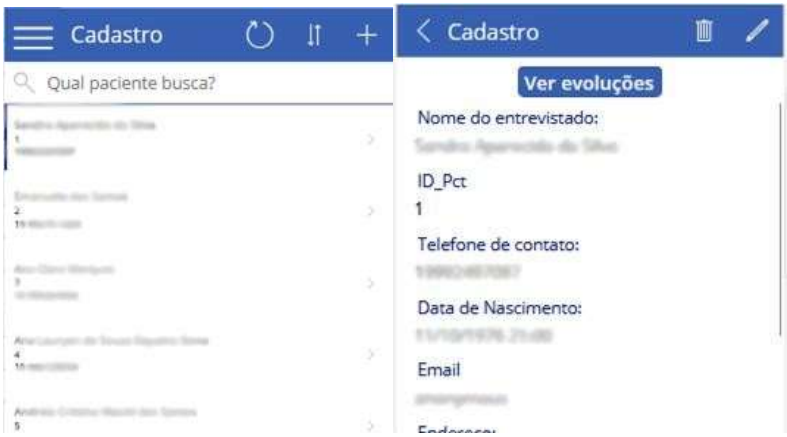


Fonte: Elaboração própria, 2025.

A navegação é facilitada por um menu lateral (“menu hambúrguer”), disponível em todas as telas (Figura 4), que organiza os módulos conforme a linha de cuidado: Pacientes e Grupos Terapêuticos; Participantes, Encontros e Certificados para o matriciamento. O fluxo permite alternar rapidamente entre cadastro, evoluções e sessões de grupo, com inserção de novos registros por botões dedicados e visualização em ordem cronológica decrescente. Esse

desenho modular, aliado a permissões definidas por linha de cuidado, garante segurança, pertinência e eficiência no uso: além de proteger dados sensíveis, assegura que cada profissional visualize apenas as informações relevantes à sua atuação, otimizando o uso da ferramenta.

Figura 3 - Tela de pacientes cadastrados e tela de paciente selecionado



Fonte: Elaboração própria, 2025

Figura 4 - Tela Grupos Terapêuticos com e sem o Menu acionado



Fonte: Elaboração própria, 2025

Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram que a intervenção foi bem recebida pela equipe, expressando elevada aceitabilidade, mas a adoção rotineira do sistema mostrou-se limitada por fatores como sobrecarga de trabalhoe restrições técnicas. Esse achado é coerente com a literatura da Ciência da Implementação, que enfatiza que a eficácia ou a aceitação inicial

de uma inovação não são suficientes para garantir seu uso continuado. Bauer e Kirchner (2020) relatam que, mesmo intervenções com evidências robustas, como o *Collaborative Chronic Care Model* para transtorno bipolar, deixaram de ser incorporadas à rotina clínica após os ensaios de efetividade. Estudos clássicos estimam que apenas metade das inovações em saúde chega a ser usada de forma generalizada e que esse processo pode levar quase duas décadas. Dessa forma, a experiência relatada reforça que a aceitabilidade deve ser entendida como condição necessária, mas não suficiente, para a implementação bem- sucedida, sendo indispensável considerar fatores contextuais e organizacionais que influenciam a adoção.

Na experiência aqui descrita, tecnologias mais simples ou pontuais, como o formulário de pesquisa acessado por link, foram incorporadas mais rapidamente, sugerindo que a familiaridade e a demanda por uso mais pontual funcionam como facilitadores adicionais do processo de implementação. Essa constatação evidenciou a necessidade de estratégias complementares para ampliar a adoção do aplicativo principal pela equipe.

Nesse sentido, foram realizadas demonstrações em reuniões e planejado um treinamento para novos integrantes, com foco não apenas no uso técnico, mas na valorização do registro sistemático como parte da prática clínica. Essa estratégia buscou fortalecer a prontidão organizacional e consolidar o aplicativo como instrumento cotidiano.

A escolha por uma plataforma *low-code,* como a Power Platform da Microsoft, foi fundamental para viabilizar o desenvolvimento do sistema em um contexto de equipe reduzida e sem especialistas em TI, permitindo agilidade e alinhamento às necessidades locais. Entretanto, limitações técnicas e orçamentárias impactaram o processo. A impossibilidade de utilizar recursos avançados, como o Dataverse ou o gerenciamento centralizado de usuários, exigiu soluções alternativas como a criação de uma planilha paralela de controle de acesso. Tais achados dialogam com a literatura, que reconhece que, embora o *low-code* represente uma alternativa pragmática para cenários de baixa disponibilidade de recursos, sua adoção está associada a desafios estruturais

importantes: a dependência das plataformas (*vendor lock-in*), que gera riscos de aprisionamento tecnológico; a dificuldade de escalabilidade em contextos de grande volume de dados ou múltiplos usuários; e as barreiras de interoperabilidade e extensibilidade, que limitam a integração com outros sistemas e a personalização de funcionalidades. Esses fatores indicam que ganhos iniciais de rapidez e acessibilidade podem, no médio prazo, resultar em restrições que exigem estratégias adicionais de mitigação (Rokis; Kirikova, 2022).

À medida que o sistema cresce, sua sustentabilidade dependerá da revisão periódica da estrutura, do monitoramento de uso e da eventual necessidade de migração para plataformas mais robustas. No entanto, é importante reconhecer que essas plataformas mais robustas, muitas vezes baseadas em cloud computing, também enfrentam barreiras significativas, como custos de implementação, curva de aprendizado elevada e entraves à integração plena entre diferentes atores do cuidado (Souiki et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível demonstrar neste estudo que a implementação de uma solução baseada em plataforma low-code, guiada pela Ciência da Implementação e pelo framework CFIR, constituiu uma alternativa viável em contextos de recursos limitados para criação de um sistema padronizado e seguro para gerenciamento de dados em um serviço público de saúde. O relato evidenciou tanto facilitadores (aceitabilidade, alinhamento às necessidades locais, receptividade da equipe, engajamento da liderança) quanto barreiras (sobrecarga de trabalho, limitações técnicas e orçamentárias) à adoção da ferramenta. Assim, o objetivo de analisar o processo de desenvolvimento e implementação do sistema foi alcançado, permitindo responder à questão inicial do estudo.

Do ponto de vista prático, a realização de treinamentos para a equipe contribuiu para consolidar o aplicativo como ferramenta padrão para registro de dados, reforçando a importância da padronização e da integridade das informações, além de ampliar a adesão da equipe e fortalecer a prontidão

organizacional. Contudo, a literatura de implementação aponta que barreiras organizacionais são recorrentes e que treinamentos isolados não são suficientes para promover mudanças sustentáveis. Bauer e Kirchner (2020) demonstram que educação e monitoramento, quando aplicados de forma isolada, produzem efeitos muito limitados sobre o comportamento dos profissionais, ressaltando a necessidade de suporte organizacional mais amplo. De modo convergente, o CFIR reconhece que, além do acesso a conhecimento e treinamento, fatores como infraestrutura, cultura organizacional e recursos disponíveis são determinantes críticos para que inovações se consolidem na prática (Damschroder et al., 2022). Nesse sentido, o uso contínuo do aplicativo também revelou novas demandas técnicas e operacionais, como a necessidade de um módulo de pendências integrado e de políticas de backup automatizado com controle de versões, a fim de reduzir riscos associados à rotatividade da equipe e ao uso de planilhas externas.

A sustentabilidade do sistema dependerá do monitoramento de indicadores de implementação como frequência de uso, satisfação da equipe e eficácia percebida, bem como da eventual necessidade de migração futura para plataformas mais robustas, caso o crescimento da base de dados assim o exija. Em síntese, os achados reforçam que tecnologias acessíveis, combinadas à gestão participativa e à sistematização do processo de implementação, podem contribuir de forma significativa para a qualidade e segurança da informação em saúde, especialmente em cenários de baixa disponibilidade técnica.

REFERÊNCIAS

AFRIZAL, S. H. et al. Design of mHealth application for integrating antenatal care ser- vice in primary health care: a user-centered approach. In: *2019 Fourth International Conference on Informatics and Computing (ICIC)*. Semarang, Indonesia: IEEE, 2019. Disponível em: https://ieeexplore.ieee.org/document/8985911/. Acesso em: 16 jun. 2025.

ALMEIDA, K. K. O. *A coreografia grupal dos encontros-escuta com mulheres expostas a violência*. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2024.

BANOS, O. et al. Design, implementation and validation of a novel open framework for agile development of mobile health applications. *BioMedical Engineering OnLine*, v. 14, supl. 2, p. S6, 2015.

BAUER, M. S.; KIRCHNER, J. Implementation science: what is it and why should I care? *Psychiatry Research*, v. 283, p. 112376, 2020 CODD, E. F. A relational model of data for large shared data banks. *Communications of the ACM*, v. 13, n. 6, p. 377–387, 1970.

DRAKE, C. D.; LEWINSKI, A. A.; ZULLIG, L. L. Consolidated framework for implemen- tation research (CFIR). In: HO, E. Y.; BYLUND, C. L.; VAN WEERT, J. C. M. (org.).
The International Encyclopedia of Health Communication. 1. ed. Wiley, 2022. p. 1–9.

FRANCK, K. M.; PEREIRA, R. F.; FILHO, J. V. D. Diagrama entidade-relacionamento: uma ferramenta para modelagem de dados conceituais em engenharia de software.
Research, Society and Development, v. 10, n. 8, p. e49510817776, 2021.

LOPES, G. P. *O comitê gestor da pesquisa como estratégia para o envolvimento, en- gajamento e participação de partes interessadas em pesquisa de implementação*.
2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campi- nas, Campinas, 2023.

MOZAFFAR, H. et al. Taxonomy of delays in the implementation of hospital computeri- zed physician order entry and clinical decision support systems for prescribing: a longi- tudinal qualitative study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 16, n. 1, p. 25, 2016.

NETO, C. D. N. et al. Inteligência artificial e novas tecnologias em saúde: desafios e perspectivas. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 2, p. 9431–9445, 2020.

OLSWANG, L. B.; PRELOCK, P. A. Bridging the gap between research and practice: implementation science. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, v. 58, n. 6, 2015.

ROKIS, K.; KIRIKOVA, M. Challenges of low-code/no-code software development: a literature review. In: *Perspectives in Business Informatics Research*. Cham: Springer, 2022. p. 1–12. (Lecture Notes in Business Information Processing).

S, K. et al. Application of Scrum framework and low code/no code platform for deve- lopment and implementation of in-patient electronic visitor management system to opti- mise hospital operations. In: *2024 International Conference on Intelligent and Innova- tive Technologies in Computing, Electrical and*

Electronics (IITCEE). Bangalore, India: IEEE, 2024. Disponível em: https://ieeexplore.ieee.org/document/10467670/. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOUIKI, S. et al. M-health application for managing a patient's medical record based on the cloud: design and implementation. In: *2020 2nd International Workshop on Hu- man-Centric Smart Environments for Health and Well-Being (IHSH)*. Boumerdes, Alge- ria: IEEE, 2021. Disponível em: https://ieeexplore.ieee.org/document/9378744/. Acesso em: 16 jun. 2025.

WIWEKO, B.; ZESARIO, A.; AGUNG, P. G. Overview of the development of telehealth and mobile health application in Indonesia. In: *2016 International Conference on Ad- vanced Computer Science and Information Systems (ICACSIS)*. Malang, Indonesia: IEEE, 2016. Disponível em: https://ieeexplore.ieee.org/document/7872714/. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOBRE OS AUTORES

Evandro de Oliveira Gavi é natural de Vitória/ES e graduou-se em medicina pela EMESCAM (Escola Superior de Ciências da Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória) em 2010. Fez residência médica em psiquiatria no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) em Campinas/SP, na qual formou-se em 2014. Formou-se ainda em acupuntura médica em 2018 pelo Center AO / Unifesp. Atuou nos anos de 2014 e 2016 a 2023 como preceptor e docente no programa de residência médica em psiquiatria do SSCF. Coordenou e ministrou aulas nas disciplinas de Psicopatologia Fundamental, Medicina Baseada em Evidências e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Foi preceptor dos programas de residência da Prefeitura Municipal de Sorocaba (2014) e da Prefeitura Municipal de Curitiba (2015). Atuou como Diretor Técnico e Coordenador do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira no período de outubro de 2021 a abril de 2022. Hoje atua no Núcleo de Cannabis Medicinal do Hospital Sírio-Libanês e participa dos programas Liame e Interfaces do Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp, onde faz doutorado.

E-mail de contato: evandrogavi@gmail.com

Rosana Teresa Onocko Campos possui graduação em Ciências Médicas pela Universidade Nacional de Rosário/Argentina (1986), residencia médica em Medicina Interna também pela UNR (1989), Especialização em gestão hospitalar pelo Technnion Institute/Israel (1993), mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1998), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2001) e livre-docência pela Universidade Estadual de Campinas (2013). Desde 2004 é professor RDIDP da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Coordenou o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas. Coordenou a comissão de pós-graduação da FCM/Unicamp entre 2014-2018. Psicanalista. Professora Convidada no Departamento de Psiquiatria da Universidade de Yale (2018-19). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos seguintes temas: saúde coletiva, gestão e subjetividade, saúde mental, planejamento em saúde e políticas públicas, avaliação de políticas e serviços. Foi assessora da Política Nacional de Humanização e da Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS. Participa ativamente da formação de médicos e é Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva. Coordena o grupo de pesquisa Saúde Coletiva e saúde mental: Interfaces desde 2003. Além disso, é orientadora de mestrado e doutorado. Bolsista PQ 2 do CNPq. Assumiu a chefia do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em março de 2021 e ocupou a presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) entre 2021-2024.

E-mail de contato: rosanaoc@unicamp.br